

MARIA DO LIVRAMENTO MOREIRA SEMEDO

**DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ÀS
TRANSGRESSIONALIDADES JUVENIS -
UMA PROBLEMÁTICA SOCIAL:
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Orientadora: Maria da Purificação Horta

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia**

Lisboa

2012

MARIA DO LIVRAMENTO MOREIRA SEMEDO

**DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ÀS
TRANSGRESSIONALIDADES JUVENIS -
UMA PROBLEMÁTICA SOCIAL:
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social no Curso de Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Maria da Purificação Horta

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

“Ser mãe e pai, assumir essa alegria e responsabilidade, deve ser avaliado em todas as suas consequências. Tratar de educar, criar uma criança é uma felicidade mas também um trabalho longo e duro e os pais são tão humanos quanto os filhos.” (Urra, 2009, pag.51).

Dedicatória

Agradeço a Deus, pela força e coragem, acreditando que só ele possui essa soberania para a concretização deste trabalho. Dedico este trabalho à minha família, aos meus amigos e muito especialmente ao meu filho, que sempre acreditaram e apostaram em mim, pois souberam bem desculpar o tempo e a atenção que não lhes dei. Aqui expresso a minha amizade, afeto, gratidão e um muito obrigado.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, de uma forma muito peculiar, agradeço ao Diretor da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Professor Doutor Carlos Alberto Poiães, a quem devo os ensinamentos e a formação que sustentaram a elaboração desta dissertação e que contribuíram para aprofundar o interesse e prazer por este estudo.

Igualmente e com o mesmo carinho e amizade, o meu muito obrigado à minha orientadora Professora Doutora Maria da Purificação Horta pela sempre manifestada disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, no apontar de perspetivas nas orientações de leituras, na correção e revisão dos dados que agora apresentamos e por me terem acompanhado, passo e passo nesta dissertação, pela paciência manifestada e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

Não poderei deixar de mencionar o nome da engenheira Doutora Madalena Teixeira Duarte, pela disponibilidade e autorização de aplicação do questionário na instituição *Ajuda de Mãe*, bem como às jovens adolescentes que colaboraram na recolha dos dados.

Um muito obrigado a todos estes, bem como àqueles que de alguma forma ajudaram na elaboração deste estudo, por vezes, apenas com a sua presença silenciosa, mas não menos amiga. A todos, aqui expresso a minha amizade e gratidão.

Resumo

O presente trabalho pretendeu compreender a problemática da gravidez na adolescência em jovens com faixas etárias compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, bem como as variáveis contextuais inerentes a esse fenómeno, nomeadamente, a família, escola, comunidade e grupo de pares, destacando-se o impacto da maternidade precoce no desenvolvimento destas jovens, seja a nível das relações familiares e/ou conjugais, percurso escolar e ainda profissional, concebendo-se as interações sociais executadas e o grau de autonomia do jovem face ao seio familiar. Foi utilizado como instrumento de avaliação uma adaptação do questionário utilizado pelo *Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale*. Os resultados mostraram que na maioria das participantes a família não lhes falava de sexualidade (N=20; 57.1%), contudo sabiam que podiam esclarecer dúvidas na escola (N=27; 77.1%). A maior parte das raparigas teve a sua primeira relação sexual entre os 14 e os 16 anos (N=28; 80.1%); revelou que nunca usa métodos contraceptivos (N=21; 61,8%); tendo sido encontrada uma relação entre a idade de início da atividade sexual e a escolaridade. Com base nos resultados obtidos realizou-se um programa que pretende promover prioritariamente a prevenção da gravidez na adolescência junto de jovens provenientes de contextos que apresentem uma maior vulnerabilidade face a situações de risco e/ou comportamentos de risco.

Palavras-chave: gravidez na adolescência; comportamentos de risco; vulnerabilidade; impacto da maternidade precoce; programa de intervenção.

Abstract

The present study pretended to understand the problems of teenage pregnancy in young people with ages between 12 and 18 years old, as well as contextual variables inherent to this phenomenon, namely, the family, school, peer group, and community, highlighting the impact of early in the development of these young motherhood, at the level of marital and/or family and school relationships and at professional level, conceiving the social interactions performed and the youth's degree of autonomy vis-à-vis the family. It was used as an evaluation tool an adaptation of the questionnaire used by the Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale. The results showed that most of the participants didn't spoke of sexuality to their family (N=20; 57.1%), however knew they could clarify questions in school (N=27; 77.1%). Most of the girls had their first sexual relationship between 14 and 16 years (N=28; 80.1%) and revealed that never uses contraceptives methods (N=21; 61,8%). We have found a relationship between the age of onset of sexual activity and education level. Thus, we present an intervention program which aims to promote primarily a project of prevention of teenage pregnancy among young people coming from contexts that pose a greater risk to situations of vulnerability and/or risk behaviors.

Key-words: teenage pregnancy; risk behavior; vulnerability; impact of earlymotherhood; intervention program.

Abreviaturas e Símbolos

APF- Associação Para o Planeamento Familiar

DGS - Direção-Geral de Saúde

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

FGIS – Fórum Não Governamental para a Inclusão Social

HPV – Vírus da Papiloma Humano

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

IEFP - Instituto do Emprego E formação Profissional, IP

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IST's- Infecções Sexualmente Transmissíveis

ME - Ministério de Educação

OMS - Organização Mundial de Saúde

PORI - Plano Operacional de Respostas Integradas

PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

SIDA – Síndrome Imunodeficiência Adquirida

SPG - Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USE – Unidade Saúde Familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

Introdução.....	13
------------------------	-----------

PARTE A

Enquadramento e Fundamentação Teórica.....	17
---	-----------

Capítulo I – Aspetos relacionados com a adolescência e sexualidade.....	18
--	-----------

1. Adolescência e Sexualidade	19
1.1. Sexualidade e comportamentos de riscos.....	23
1. 2. Mitos relacionados com a Sexualidade.....	25
1.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST’s.....	26
1.4. Contraceptivos.....	27
1.5.Gravidez na adolescência.....	31
1.6. Gravidez desejada e as repercussões na mãe adolescente	34
1.7. Gravidez não desejada e as repercussões na mãe adolescente.....	35
2. Norma ou transgressão.....	38
3.Contexto de socialização	40
3. 1. Família.....	40
3. 2. Escola.....	42

Capítulo II – O psicólogo forense nas transgressionalidades juvenis.....	45
---	-----------

Capítulo III – Legitimação.....	49
--	-----------

1. Objectivo.....	55
--------------------------	-----------

Capítulo IV – Metodologia.....	56
---------------------------------------	-----------

Capítulo V – Resultados	61
--------------------------------------	-----------

Capítulo VI – Discussão.....	76
-------------------------------------	-----------

Parte B

Cartografia de Programa.....	79
-------------------------------------	-----------

1. Responsáveis pelo programa.....	80
2. Apresentação do programa.....	80

2.1.Enquadramento geral da problemática	80
2.2. Área geográfica de implementação.....	81
2.3. População-alvo.....	81
3. Planificação do programa.....	81
3.1.Objetivos gerais.....	81
3.2. Objetivos específicos.....	82
3.3.Indicadores.....	82
3.4. Resultados esperados.....	83
3.5.Ações a desenvolver.....	83
3.6. Cronograma das ações.....	84
3.7. Parcerias.....	85
4. Estrutura organizativa e gestão do programa.....	85
4.1. Constituição da equipa.....	85
4.2.Duração.....	85
4.3. Avaliação interna.....	85
4.4. Avaliação externa.....	86
4.5. Supervisão externa.....	86
 Capítulo IV - conclusão.....	 88
Referências bibliográfica.....	90
Anexo I.....	I
Anexo II.....	II
Anexo III.....	III

Índice de Tabelas

Tabela 1. Idade e Idade da primeira relação sexual	57
Tabela 2. Descrição da amostra	57
Tabela 3. Comportamentos de risco	61
Tabela 4. Questões relacionadas com a sexualidade	62
Tabela 5. Diferenças entre as participantes que têm ou não filhos.....	67
Tabela 6. Diferenças entre as participantes que tiveram ou não tiveram alguma infeção sexualmente transmitida	69
Tabela 7. Correlações com a idade e a idade da primeira relação sexual	70
Tabela 8. Diferenças entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual.....	71

Índice de Figuras

Figura 1. Percentagem de participantes considera que o facto de correr risco torna mais excitante as relações sexuais.....	66
Figura 2. Mitos sobre a sexualidade	66

INTRODUÇÃO

A sexualidade não pode ser considerada isoladamente, mas sim dentro do contexto global do desenvolvimento do adolescente, no qual está incluído o seu relacionamento com os outros membros da família, os grupos de pares, os colegas da escola e entre outros.

A idade da primeira relação sexual tem sido habitualmente utilizada para explicar algumas das diferenças individuais no desempenho de comportamentos sexuais de risco relacionados com a contração de Infecções Sexualmente Transmissíveis IST's, nomeadamente o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), gravidezes não planeadas e indesejadas e, ainda, outras consequências a nível social e de saúde (Upchurch, Lillard, Aneshensel, & Li, 2002).

O estudo *Da Gravidez na Adolescência às Transgressionalidades Juvenis – Uma Problemática Social: Programas de Intervenção* - insere-se na área da Psicologia Forense e da Exclusão Social, uma vez que as adolescentes que engravidam estão sujeitas, comumente, a discriminações por parte da família biológica ou de referência, do pai da criança e, por vezes, também da escola, bem como, por parte da própria sociedade. De certa forma estas discriminações contribuem para o não desenvolvimento das jovens e posteriormente, para a exclusão social das raparigas.

Por conseguinte, de entre a transgressionalidade juvenil destaca-se o impacto da maternidade precoce no crescimento destas jovens, a nível das relações familiares e/ou conjugais, percurso escolar e ainda profissional, refletindo-se nas interações sociais onde estão inseridas.

Esta pesquisa tem por base o facto da gravidez na adolescência se tratar de um comportamento normalmente considerado desadequado, não desejável, sendo um problema social que deve ser acompanhado constantemente pelas Ciências Sociais, pois em muitos casos pode impedir o desenvolvimento pessoal, escolar e progressivo dos jovens. A gravidez precoce, consequência de relações sexuais de risco cometidas por alguns jovens, suporta a necessidade de uma atenção especial por parte das famílias, escolas, instituições de saúde, entre outras, no sentido de promover um crescimento saudável e responsável na esfera da sexualidade dos jovens.

Na perspectiva de Barragán (1997) sobre os vários estudos que se fizeram ao longo dos tempos, a gravidez precoce deve-se ao facto da informação ser desajustada, da pouca utilização ou inadequação dos métodos anticoncecionais e, especialmente, da pouca

experiência sexual e crença em mitos desadequados da realidade sobre a impossibilidade de uma gravidez nesta fase da juventude.

É de salientar, também, a importância da sustentabilidade do conhecimento dos agentes de mudança, baseada no respeito pela heterogeneidade sócio-cultural, numa aproximação empática às distintas representações da sexualidade, para que haja uma implementação consistente da educação sexual nas escolas. É indispensável que haja conhecimento prévio da cultura das crianças e dos jovens da escola, considerando os diferentes intervenientes educativos nas diferentes vertentes de vida (organização familiar e social, etnias, religiões e entre outros) (Santos, Ogando, & Camacho, 2001).

Sabe-se que, ainda hoje, falar de sexualidade na adolescência, para muitas famílias, é um tabu. Salvaguardando algumas exceções, a maioria dos jovens pouco fala com os pais e não se sente à vontade para conversar sobre esta matéria, encontrando obstáculos a nível individual e/ou exterior que impedem uma comunicação profícua.

Uma vez que encontramos situações em que não há uma abertura para o diálogo entre os membros da família, é de extrema importância conhecer a realidade da comunidade e da escola, de modo a ter respeito e consideração pelas culturas das mesmas. Neste aspecto, Barragán (1997) salienta que é fundamental o investimento nesta área, com a família e as diversas estruturas da sociedade. Desta forma, a escola conjuntamente com a família, com outras instituições educativas e de saúde, deveria incidir na formação de noções claras e objetivas sobre os diferentes aspetos da sexualidade, como forma de explicar a educação sexual e a gravidez precoce e indesejada, assim como construir um clima comunicativo, compreensível e saudável. A questão da educação da sexualidade no sistema educativo é delicada, sendo que esta interfere com questões como a cultura, pois embora seja individual e privada pretende-se que seja partilhada e refletida como fenómeno de grupo. Este facto, ainda hoje, toca em questões que algumas das vezes estão associadas à intimidade, ligadas a crenças e valores, o que ainda pode provocar mais resistências, nomeadamente por parte da variável família (Santos *et al* 2001).

Barragán (1997) também refere que os estudos científicos demonstram que um dos factos que falha na prevenção de comportamentos de risco a nível sexual é a falta de comunicação entre adultos e adolescentes sobre a sexualidade, nesta fase da vida.

“A desinformação dos adolescentes sobre temas sexuais é a primeira causa de gravidez não desejada nesta fase, cujas consequências nos planos psicológico e socioeconómico, tanto para o recém-nascido como para os pais, podem ser muito importante,” (Barragán, 1997, p. 21).

Pelo facto de se tratar de um comportamento que pode ser transgressivo por parte dos adolescentes, pela circunstância de, muitas vezes, a gravidez estar associada a comportamentos de risco, necessita de uma prevenção/intervenção, de modo a diminuir o fenómeno nos jovens, sendo importante educá-los, reeducá-los e reintegrá-los, através de uma intervenção efetuada junto da população em geral, nomeadamente dentro das casas de acolhimento para os jovens.

Em todos os programas de prevenção ou intervenção com adolescentes é de primordial importância ter em conta as diversas transformações fisiológicas e psicológicas que surgem nesta fase do desenvolvimento humano (Cordeiro 2006).

Os três níveis de intervenção (escola, família e comunidade) articulam-se entre si, no sentido em que se assumem como a possível extensão uns dos outros. Assumindo-se que a experiência de trabalho em meio escolar e a relação com as parcerias tem permitido realizar uma avaliação de necessidades de intervenção naquele contexto, surge agora a necessidade de «abrir» uma nova frente de trabalho. A intervenção na comunidade (na rua, nos cafés, nas coletividades, entre outros).

O fenómeno da gravidez na adolescência está associado a cenários de desestruturação familiar, dependências, abandono e insucesso escolar, para não citarmos outras problemáticas, exigindo das instituições, dos seus técnicos e equipas multidisciplinares uma intervenção cada vez mais apropriada, de forma a garantir uma maior acessibilidade, eficácia e eficiência dos programas de prevenção.

Este programa pretende contemplar exclusivamente jovens do sexo feminino, a fim de ser implementado com jovens de faixas etárias compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade.

Para Almeida (2003) a família e o pai da criança deverão também ser apoiados, acompanhados e aconselhados. Se a rapariga grávida for casada, o aconselhamento deverá ser feito a nível dos problemas da vida conjugal. Depois do parto, é recomendável continuar o acompanhamento e aconselhamento à jovem. Desta forma, pode-se acompanhar os primeiros tempos da vida da jovem com um filho e promover o uso de meios contraceptivos e o planeamento familiar.

A intervenção para a prevenção da gravidez não desejada na adolescência tem que ter em conta os diversos fatores que explicam os riscos associados às relações sexuais e exige a

intervenção concertada de diferentes sistemas, dos quais se destacam o sistema de saúde e o sistema educativo (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2003).

Este programa visa, assim, promover prioritariamente um projeto de prevenção da gravidez na adolescência dirigidos a grupos ou contextos que apresentem maior vulnerabilidade face a situações de risco e/ou comportamentos de risco, bem como intervenções junto da população em geral.

A apresentação desta dissertação seguiu os seguintes passos: Uma primeira parte de contextualização teórica, onde se abordam os conceitos aspetos relacionados com adolescência e sexualidade, transgressão e fatores de risco. É ainda abordado o papel do Psicólogo Forense e da Exclusão Social nas transgressionalidades juvenis e apresentada a legitimação para este estudo. Foram apresentados ainda os resultados da avaliação levada a cabo junto das adolescentes grávidas. Na segunda parte é apresentada a cartografia do programa de intervenção proposto. Apresenta-se, finalmente, a discussão desses resultados e uma conclusão sucinta do trabalho.

As normas utilizadas, na dissertação, na apresentação textual e de resultados foram as *Normas para apresentação de teses e dissertações*, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; conjuntamente foram usadas as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA).

PARTE A

ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I - ASPETOS RELACIONADOS COM A ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

1. Adolescência e sexualidade

A abordagem da sexualidade remete-nos para a questão da intimidade, pelo que esta se encontra rigorosamente relacionada com privacidades de âmbito afectivo. Neste sentido, a sexualidade é uma qualidade inerente a qualquer Ser humano, embora não seja fácil compreendê-la, uma vez que não pode separá-la do indivíduo, constituindo uma componente intercomunicadora para a própria pessoa e ainda para as outras que a rodeiam.

Cada pessoa estabelece e desenvolve-se ao vivenciar relações pessoais e interpessoais, nas quais o sexo pode desempenhar um papel fundamental, podendo-se considerar a sexualidade como um instrumento importante no relacionamento entre os seres humanos, ainda que não seja o único elemento essencial à manutenção das relações (Gherpelli, s.d.).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], (2010), a sexualidade é um elemento essencial na vida de qualquer Ser Humano, abrangendo dimensões físicas, psicológicas, espirituais, sociais, económicas, políticas e culturais.

O Ministério de Saúde [MS] (s.d.) define, por outro lado, a sexualidade como algo imprescindível ao desenvolvimento de qualquer Ser Humano, que se revela desde o momento do nascimento até ao fim da sua vida, pelo que, tanto crianças, como adolescentes, adultos e idosos são seres sexuados, que demonstram interesses sexuais e manifestam a sua sexualidade através de comportamentos variáveis.

A adolescência é uma fase de mudança compreendida entre a infância e a idade adulta, em que se verificam mudanças a nível moral, cognitivo, físico, social, entre outras, em que estas características originam alterações de comportamento que podem ser observadas pelos pais, amigos e até pelos parceiros do sexo oposto (Martins, 2005).

Urta (2009) foca que a adolescência é uma fase da vida do ser humano que perturba o próprio adolescente, uma vez que nos adolescentes são sentidas inúmeras exigências como a solicitação dos outros, o instinto sexual, a sensação de solidão barulhenta, ou seja, nesta fase os adolescentes atravessam mudanças físicas, sociais, psicológicas e emocionais.

Para Silva (2004) as principais alterações que se verificam neste período da vida são especialmente biológicas e resultam do avivar do metabolismo endócrino, a que se associam modificações corporais, como por exemplo, a aceleração do crescimento, as mudanças dos caracteres sexuais, entre outras.

É, portanto, uma fase de desenvolvimento cognitivo, emocional e físico, frequentemente caracterizado pela exploração e experimentação. Canavarro, Pereira & Morgado (2004) dizem-nos que é o momento inicial de prática, busca da intimidade, da sexualidade e do desenvolvimento da autonomia.

A adolescência é uma fase de possibilidades para o jovem e um momento decisivo para que possamos construir e dar uma continuidade ao seu desenvolvimento, ajudando-o a caminhar em meios considerados de risco e vulnerabilidades, devendo-se incentivá-lo para a promoção do seu potencial (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2011).

É indispensável que os jovens disponham, no início da sua adolescência, de espaços seguros e sem obstáculos, por forma a melhor lidarem com as transformações cognitivas, emocionais, sexuais e psicológicas, de preferência com o apoio de adultos protectores, tanto em casa como na escola e na comunidade.

Tendo em vista os tabus sociais que surgem nesta fase, é particularmente importante também dar aos jovens todas as informações necessárias para a sua proteção contra as IST's ou VHI/SIDA, gravidez precoce, violência e exploração sexual (Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2011).

Existem ainda em algumas sociedades, atitudes e leis que detêm a discussão pública da sexualidade e de comportamento sexual, particularmente no que se refere à contraceção, aborto e diversidade sexual - por exemplo, o poder estar no lado masculino (UNESCO, 2010).

Segundo Steinberg (1999, citado por Cordeiro 2006, p. 21):

“ (...) após a primeira infância, esta é a fase da vida com mais mudanças rápidas e profundas a nível físico, marcada por mudanças rápidas de altura e peso. Os adolescentes experimentam, nesta fase, como o aparecimento brusco e acentuado de traços físicos que acentuam a sua feminilidade ou masculinidade e a necessidade do desenvolvimento de um sentido de identidade.”

O referido autor reforça também é nesta etapa que os jovens começam a frisar a masculinidade ou feminilidade através de algumas modificações psíquicas e físicas, sendo que os adolescentes tendem a sentir uma necessidade de aperfeiçoamento e procura das suas próprias identidades.

Sendo a adolescência uma etapa crítica, na medida em que podem surgir diversos comportamentos que se integram nas transgressionalidades, nomeadamente o consumo de drogas ou mesmo a gravidez na adolescência, esta fase é também uma época propícia para iniciar uma prevenção junto desta população jovem.

Na prevenção há que se ter em conta o facto de os adolescentes manterem vínculos fortes de ligação com a família, escola, grupo de pares e amigos (Urta, 2009), sendo perspectivado que, como resultado desses laços, os jovens aceitem, interiorizem e adquiram normas, valores e condutas psicossociais que inibam a aceitação de condutas desviantes.

É ainda importante lembrar que uma vez que a prevenção, num sentido primário, é desenvolvida para ocorrer antes do surgimento dos comportamentos problemáticos, os fins da intervenção são o melhoramento da saúde dos indivíduos, do bem-estar e das suas condições de existência, sendo que os seus principais meios para alcançar o objectivo são o aumento dos níveis de sabedoria e de competências, a promoção da responsabilidade individual e o desenvolvimento de laços sociais e comunitários (Boulanger *et al.*, 2001).

Face ao estudo da gravidez precoce, importa salientar que, tendo por base investigações realizadas, verifica-se que os jovens atualmente iniciam as suas práticas sexuais cada vez mais cedo. Nos estudos realizados em Portugal por Gonçalves, Reis, Simões, Dias, Carvalhosa (2003), os jovens do género masculino referem ter relações sexuais antes de 14 anos de idade e geralmente após ter consumido álcool ou droga. Quanto ao grupo do sexo feminino, as raparigas mais velhas referem ter usado preservativo de forma a evitar uma gravidez precoce e IST's. Relativamente à decisão acerca do uso do preservativo, verificou-se que os rapazes mais velhos referem mais vezes ter utilizado o preservativo. Por outro lado, a recusa de relações sexuais sem preservativo é expressa maioritariamente por raparigas mais velhas.

Neste contexto, Afonso & Lucas (1995, citados por Gomes & Sousa, s.d., p. 26), sustentam que:

*“adolescente deriva da palavra latina que significa *adolescere*, tornar-se adulto, noção esta que é vaga e imprecisa. Na realidade não é fácil definir a adolescência por se tratar de um período de vida de um indivíduo, de limites mal definidos, em que ainda não é reconhecido pela sociedade como adulto mas, também já não é considerado uma criança.”*

A Organização Mundial de Saúde [OMS], (2011) chama a atenção para a complexidade sobre a questão das relações sexuais e da reprodução, pois constitui um assunto de fundamental importância mas, ao mesmo tempo, muito complexo de ser discutido, visto que as diferenças culturais têm entendimentos diversos sobre a forma de abordar a problemática.

Efetivamente o que é sexo para um certo grupo não é necessariamente para outro, e uniões estabelecidos entre essa dimensão e as demais da vida social também variam. A sexualidade, como qualquer outro domínio da vida, depende da socialização, da aprendizagem de regras, de roteiros e cenários culturais para que a atividade sexual possa ser significada e exercida. Não há, desta forma, uma razão universal pairando sobre as condutas e muito menos sobre os significados do que seja sexual. O sexual não se restringe à dimensão reprodutiva, nem mesmo à psíquica, estando impregnado de convenções culturais sobre do que consistem a excitação e a satisfação eróticas, constructos simbólicos que moldam as próprias sensações físicas (Heilborn & Brandão, 1999).

Fatores como o estatuto socio-económico, a escolaridade, a etnia, a comunicação entre os pais e disciplina parental, a pressão dos pares e a idade do parceiro foram associados ao início da sua vida sexual em adolescentes (Donenberg, Bryant, Emerson, Wilson, & Pasch, 2003; Sprecher, Barbee & Schwartz, 1995). Em particular, no caso dos rapazes, a ausência de atividade religiosa na infância e o diagnóstico de perturbação de conduta na pré-adolescência foram preditores da idade de início da atividade sexual, enquanto que, no caso das raparigas, o nível de auto-estima também mostrou prever o início da atividade sexual (Paul, Fitzjohn, Herbison & Dickson, 2000).

Tendo em conta as diferenças culturais a OMS (2010) defende que uma abordagem objetiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais é necessária, assim como também a possibilidade de se experienciarem relações sexuais seguras e prazerosas, livres de coerção, discriminação e violência.

Atualmente existem ainda muitas sociedades que reprimem leis e diálogos acerca da sexualidade e comportamentos sexuais, particularmente no que se refere a contraceção, aborto, diferenças sexual e IST's (NESCO, 2010).

De acordo com a OMS (2002), em algumas culturas a puberdade, de um certo modo, ainda representa um momento de modificações sociais e físicas tanto para os rapazes como também para as raparigas. Para os adolescentes pode ser a afirmação para uma maior liberdade, mobilidades e oportunidades sociais, pese embora em algumas situações possa representar o fim da escolaridade e da volubilidade devido a uma maternidade precoce (UNESCO, 2010).

Embora atualmente a sociedade seja mais flexível, em comparação com o século passado, na questão da sexualidade os jovens ainda continuam a ter informações deturpadas e insuficientes sobre a educação sexual. Existem ainda diversas famílias que continuam a ter

dificuldades em dialogar sobre esta temática com os seus educandos, considerando-se que as informações que os jovens recebem dos *media* insuficiente (Instituto do Emprego e Formação Profissional – IP, 2008).

Na cultura portuguesa, não há muito tempo, a sexualidade era oculta, ou seja, era um tema sobre o qual a maioria das pessoas não se pronunciava ou falado de forma negativa, como um fator delicado da nossa condição humana, dos nossos comportamentos, do nosso crescimento e dos nossos destinos. Hoje em dia, os estudos científicos da sexualidade, o desenvolvimento e prevalência de valores democráticos e humanísticos, as revoluções no seio feminino e nos papéis do género e, sobretudo, a revolução contraceptiva, contribuíram para a declaração de uma visão positiva e valorizada da sexualidade (IEFP – IP, 2008).

Os pais e as famílias têm um papel fundamental na forma como compreendemos a nossa identidade social e sexual. É necessário que os responsáveis parentais sejam capazes de abordar os aspetos físicos e comportamentais da sexualidade humana com seus filhos, pois as crianças precisam receber as informações e equipas com os conhecimentos e habilidades para tomadas de decisões responsáveis sobre a sexualidade, IST, VIH/SIDA e HPV (UNESCO, 2010).

Podemos também, encontrar uma outra discussão nesta fase da vida dos adolescentes - a sexualidade e os comportamentos de riscos.

1.1 Sexualidade e comportamentos de riscos

É de extrema importância que os jovens adquiram conhecimentos sobre os riscos associados às relações sexuais desprotegidas, sendo fundamental, também, que os adolescentes vivenciem a sexualidade de forma adequada e saudável, assegurando assim, a prevenção de gravidez precoce e indesejada e as IST's.

A existência e a vivacidade da sexualidade não estão omissas de riscos, sendo que a nível da saúde, a educação sexual constitui uma estratégia fundamental de prevenção e promoção da saúde e reprodução saudáveis (IEFP - IP., 2008).

Os comportamentos sexuais de riscos praticados pelos adolescentes estão em alguns casos ligados ao álcool, drogas, prática de relações sexuais desprotegidas com parceiros ocasionais e/ou múltiplos, condutas que provocam efeitos como as infecções, gravidezes indesejadas, entre outros impactos físicos e até psicológicos (Machado, Cabral, Ferreira,

Gomes & Ferreira 2003). Os autores reforçam que os riscos aparecem, muitas vezes, associados a comportamentos que provocam outras consequências para a saúde dos adolescentes, nomeadamente o suicídio ou tentativa, desordens alimentares (anorexia, bulimia) ou toxicodependência. Nos estudos de Carlos, Pires, Cabrita, Alves, Araújo & Bentes (2007), onde participaram 21 mães adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos na altura do parto, integradas no Centro de Atendimento a Adolescentes, do Hospital S. João de Deus e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa; na *Ajuda de Mãe* e nos Centros de Saúde de Loulé e Almancil, verificaram que os hábitos de dependência, inclusive o consumo de tabaco, e a ausência de contraceção eram riscos comportamentais na gravidez.

Numa outra investigação, realizada por Pacheco, Costa & Figueiredo (2003) com 20 utentes adolescentes grávidas da Maternidade Júlio Diniz, em 2000, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos, concluíram que a prática sexual das inquiridas eram, geralmente precoces e não acompanhadas do uso de uma contraceção eficaz.

Do ponto de vista social também são encontrados factores de risco na gravidez precoce, como por exemplo no estudo efectuado por Freira, Silva, Malveiro, Santos, Santos, Colaço (2007), em que, a partir de comparação de 100 adolescentes grávidas e não grávidas, subdividas em dois sub-grupos, concluíram que a existência de famílias não nucleares, mau rendimento escolar e abandono escolar constituem factores de riscos sociais.

Nos estudos Matos, Gonçalves & Gaspar (2004) sobre jovens africanos em Portugal, relativamente aos riscos sexuais, os jovens afetados admitem que desfrutam a primeira experiência sexual por volta dos 14 anos e que não existe diálogo com os pais sobre esta questão, uma vez que continua a ser um tabu, referindo que os amigos são aqueles com quem mais discutem o tema.

Num outro estudo realizado Gaspar, T., Matos, G.M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, (2006) em relação à sexualidade e aos comportamentos sexuais, a maioria dos 1.037 jovens entrevistados, cuja média de idade foi de 15.5 anos, residentes em zonas carenciadas e com elevado número de população migrante oriunda dos Países africanos de Língua Oficial Portuguesa [PALOP'S], especialmente as raparigas, referem começar a vida sexual aproximadamente por volta dos 15 anos, com parceiros dos sexos oposto, mais velhos. As mesmas jovens evidenciaram algumas preocupações, como a gravidez precoce, as IST'S, as contraceções e entre outros. Neste mesmo estudo, os autores concluem que, comparando jovens africanos e portugueses sobre o início de relações sexuais, reconhecem diferenças culturais, designadamente no âmbito da aceitação da bigamia.

Wyatt, Newcomb & Riederle (1993, citados por Lourenço, 1998,) afirmam que umas em cada duas jovens já mantiveram relações sexuais aos 17 anos de idade, sendo que os adolescentes que crescem num nível socioeconómico mais baixam e/ou que fazem parte das famílias monoparentais, tendem a envolver-se neste tipo de relações mais cedo.

Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares (2006) refere que o consumo de substâncias é tido como um fator de risco, sendo que o uso de tabaco predominou entre os hábitos de dependência, nomeadamente, o consumo de haxixe. Também nesse mesmo estudo, foi considerado como um fator de risco, a existência de mais de um parceiro sexual, o início de atividade sexual antes dos 15 anos.

1.2. Mitos relacionados com a sexualidade

Os mitos que antes dominavam a sexualidade prendiam-se essencialmente com os males da masturbação, sexo antes do casamento, algumas posições e comportamentos sexuais, impondo resistências e limitações, onde a fantasia, o erotismo, a descoberta do corpo e de novos sentimentos eram sinónimo de práticas maléficas e perversas (Jacob, 2006).

A UNESCO 2010 alerta que perante os muitos mitos sobre os métodos contraceptivos e outras formas de defender a gravidez indesejada é importante dar a conhecer os factos.

Carpinteiro (2003) descreve que a maior parte dos adolescentes possuem informação sobre a sexualidade, embora nunca tenham tido educação sexual precisa, sendo que a informação, alguma das vezes incorreta é adquirida através de amigos, companheiros, revistas ou televisão e entre outros podem não estar corretos. As informações adulteradas podem interferir gravemente com o uso apropriado e seguro de métodos contraceptivos (por exemplo, pensar que a primeira vez que se pratica o coito não há risco de engravidar, que as pessoas que estão contaminadas por IST's têm que ter mau aspeto ou que quando “se faz de pé” não há problema!).

Um outro mito, ainda comum na sociedade ocidental, é o da virgindade feminina como significado de valor, objeto de troca ou honra, sendo controversa a assunção da virgindade como um “selo de garantia” imperativo de preservar até o casamento.

Outra questão está relacionada com o pensamento de que a relação sexual é retrato de uma necessidade orgânica exclusiva dos homens e, paralelamente, uma obrigação para as

mulheres, percebidas como passivas e frígidas, devido a uma rigidez e repressão na formação sexual (Ressel & Gualda, 2003).

Para além de todas as problemáticas subjacentes à gravidez na adolescência, as relações sexuais desprotegidas podem também estar associadas a IST's.

1.3. Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's

Quando se fala de IST há que se ter em conta a permissividade, a maturidade, o comportamento e o desconhecimento que os próprios jovens possuem face às mesmas. Importa também compreender em que medida os adolescentes têm esses conhecimentos, percebendo-se qual o tipo e qualidade de informação que lhes deve ser transmitida, assegurando de que modo é que esta informação lhes chega e certificando-se de que não a esquecem, sendo que, posteriormente, estes ensinamentos vão ser úteis na prevenção de riscos associados à sexualidade, prevenção tão importante como a contraceção para evitar a gravidez precoce e indesejada (Machado *et al* 2003).

Segundo a Direcção Geral de Saúde [DGS] (2004/21010, os adolescentes e jovens adultos são a maioria das vezes os mais afetados, assim como também, aqueles com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, no entanto, em Portugal, conhece-se muito pouco sobre a prevalência das IST's em grupos específicos.

É de destacar que em Portugal, os fatores reconhecidos como responsáveis por uma maior ocorrência das IST's nos últimos anos têm vindo a ganhar eminência, destacando-se, por exemplo, o número de viajantes, de imigrantes, de comportamentos sexuais de risco e a deterioração das respostas das estruturas de saúde no controlo das IST'S (DGS 2004,2010).

A fonte anteriormente referenciada alerta para a importância de promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados em IST's, a vários níveis, tais como: incentivar o desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico e terapêutica junto das populações com comportamentos de risco, particularmente imigrantes, sem abrigo, toxicodependentes, homossexuais, adolescentes, jovens adultos e reclusos; devendo-se procurar assegurar o acesso universal a informação adequada à prevenção, diagnóstico precoce e terapêutica atempada.

Algumas IST's mais prevalentes são a gonorreia, sífilis, uretrite não específica (u.n.e.), triconomas, micose, herpes genital, condilomas, piolho púbico ou “chatos” e o HIV/SIDA (DGS, 2004/2010)

É de extrema importância estimular o encaminhamento dos jovens para as consultas de planeamento familiar, uma vez que, por esta via, obtém informação apropriada e de qualidade sobre a sexualidade, bem como os métodos contraceptivos que podem utilizar e, também, sobre a prevenção de IST's (Galvão & Gonçalves, 2010).

Os adolescentes são um grupo vulnerável à contração de infeções, em consequência dos seus comportamentos de risco (Machado & Cabral 2003).

No estudo de Gaspar e colaboradores (2006), os jovens questionados sobre a sexualidade, uso de preservativo e IST's, incluindo VIH/SIDA, referiram que numa relação duradoura não é necessário utilizar o preservativo, sendo um dos argumentos utilizados a opinião de que o uso de preservativo tira o prazer sexual.

A constatação de que a informação acerca das formas de transmissão e dos métodos de prevenção do desempenho de comportamentos de risco relacionados com o VIH é uma condição necessária, mas não suficiente, para a redução dos comportamentos de risco, esteve na base do desenvolvimento do Modelo Informação – Motivação-Aptidões Comportamentais (Fisher & Fisher, 1992). Este modelo foca-se na compreensão das relações entre distintos fatores que têm sido empiricamente relacionados com o desempenho de comportamentos sexuais e reprodutivos saudáveis, essenciais para a iniciação e manutenção da mudança, a informação, a motivação e as aptidões comportamentais (Fisher & Fisher, 1992; Fisher, & Fisher, 1998). De acordo com os autores, a informação e a motivação são geralmente constructos independentes, ou seja, uma pessoa bem informada pode não estar motivada e, dessa forma, não agir de forma preventiva. A informação apenas tem um efeito direto positivo sobre os comportamentos preventivos em situações de resumida complexidade.

O modelo propõe ainda que a motivação tem também um efeito direto positivo sobre os comportamentos preventivos, mas que a informação e a motivação afetam esses comportamentos, particularmente através do uso das capacidades comportamentais, sendo o papel determinante do modelo a motivação mediada pelas capacidades comportamentais (Carvalho & Baptista, 2003; Fisher & Fisher, 1992; Fisher, Williams, Fisher, & Malloy, 1999; Hawa, Munro, Doherty-Poirer, 1998; Misovich, Fisher, & Fisher, 1998).

1.4. Contraceptivos

Desde há muito que se conhecem métodos de prevenção da gravidez, não sendo estas invenções ou práticas recentes.

Na antiguidade, 1950 a.C., os Egípcios ensinavam às recém-mamãs, o aleitamento contínuo e os processos de barreira, com a utilização de mel, vinho, alho ou fezes de crocodilo, cujo objectivo principal era não aumentar o número de filhos (Almeida, 2003).

Na Idade Média, os métodos contraceptivos casam-se com a alquimia e surgem mil e um remédios com receitas fantásticas e ingredientes reconhecidos: urina de cordeiro, pó de testículos de touro torrados, entre outros (Lopes, 2003).

Na Europa no século XVI, encontramos já distintas IST'S, nomeadamente a sífilis, divulgada um pouco por todo mundo. A literatura médica da época concordava que se tratava de uma IST. Contudo, no caso de se manifestar em eclesiásticos, a explicação era atribuída simplesmente ao sol e à corrupção do ar, como o fez o médico Valenciano Juan Almenar (Lopes, 2003).

Um outro médico italiano, Gbrielle Fallopio, nascido em Modena, em 1523, inventou a bainha de tecido leve, por medida, para proteção de infecções venéreas. Aperfeiçoou diversos sapos machos com celouras de linho impermeável e verificou-se que as celouras não impediam a cópula, mas evitam a fecundação. O sémen dos machos contidos nas celouras, se colocado nas fêmeas, pode fecundá-las. Para proteger homens e mulheres da epidemia *gallica*, Fallopio os sapos e conduz ensaios com 1100 homens.

Almeida (2003) salienta que nos séculos XIX e XX, uma das razões para o aparecimento de novos métodos contraceptivos proveio da proibição de utilização de mão-de-obra infantil e a escolaridade obrigatória dos mesmos modificou completamente os encargos de paternidade. Sendo assim, deu-se o início às novas descobertas neste campo social de controlo à natalidade, e surgiram novos métodos de contraceção como o dispositivo intra-uterino mais aperfeiçoado, geleias e, por último, a pílula.

Na ordem política e religiosa também houve modificações, a Igreja Católica, por exemplo, estigmatizou e interditou a sua utilização nas encíclicas *Casti Connubii* e *Humanae Vitae*, tolerando apenas os métodos do ritmo (Almeida, 2003). Em 1968, o Papa João Paulo VI, descreve a postura da Igreja em relação o aborto e à contraceção, defendendo a contraceção por meios artificiais seriam proibidos pelo Magistério da Igreja Católica.

Em França no ano de 1968, deu-se uma revolta organizados pelos estudantes, depois dos trabalhadores e posteriormente espalhou-se por quase em toda a parte do mundo, que veio dar um empurrão na camada feminina, reivindicando assim, a igualdade de oportunidade de educação, que interessavam, particularmente as mulheres, uma vez que sofriam da discriminação, não só na vertente económica mas também de género. Na altura, manifestaram também o desagrado nas questões morais, religiosos e económicos, que detinham alguns dos comportamentos de homens e mulheres. Esses protestos referidos contra-cultura e o surgimento das contraceptivos seguros deram a origem às revoluções emancipadoras.

A revolução sexual que se deu na década de sessenta suscitou, em todo o mundo, uma variedade de modificações, derivado à descoberta da pílula contraceptiva, recebida com uma satisfação por toda o planeta, por demonstrar um método mais seguro que todos aqueles que tinham aparecidos anteriormente, e porque também a decisão da maternidade ficou a cargo das mulheres. Com isso, houve uma alteração nos hábitos sexuais, face à moral conservadora, passando a ser mais frequente a existência de relações pré e extra-matrimoniais, permitindo assim, a mulher o controlo da paternidade e maternidade e, por último, da natalidade. O uso de método contraceptivos seguros, que na altura ia contra a ideologia católica (que atualmente aceitou o uso de preservativo, em casos muitos restritos), passa a ser frequente, simultaneamente com o adiamento da idade média do casamento, apresentado como reflexo da diminuição da natalidade, do atraso do nascimento do primeiro filho e da dissociação entre a vivência da sexualidade e a parentalidade relacionada, também, com uma enorme queda da mortalidade infantil. Contudo o Estado-Providência diminui a necessidade de se ter vários filhos para garantir o sustento durante a velhice, perante essas situações, assistimos a uma mudança social na imagem, valor e forma de estar da mulher (Hite, 2004).

Os métodos anticoncepcionais permitem uma maior segurança para os jovens envolvidos na relação sexual, garantindo a prevenção de uma gravidez precoce e indesejada. Atualmente, os jovens iniciam-se nas relações sexuais nem sempre assegurando o uso de métodos preventivos, sendo que o aumento de parceiros sexuais e o tipo de relacionamentos que muitas vezes estabelecem aumentam a probabilidade de sofrerem algumas consequências, tais como as IST's ou a gravidez precoce e indesejada.

O uso da contraceção é um direito e uma decisão que o casal deve discutir e assegurar entre si, incluindo a permissividade acessível, de modo a que adotem as suas preferências e responsabilidades de forma livre e informativa (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2003).

A função de planeamento familiar tem estado incompleta, apesar do enorme progresso demonstrado ao longo das últimas décadas. Segundo a OMS (2007), mais de 120 milhões de mulheres no mundo desejam evitar a gravidez, porém, nem elas nem os parceiros fazem o uso apropriado dos métodos contraceptivos. Muitos são os fundamentos para que as suas decisões finquem incompleta, ou seja, os serviços e os apoios nesta vertente ainda não estão disponíveis e acessíveis em todos os lugares ou as opções são limitadas. Muitas vezes o medo da reprovação social ou não aceitação do parceiro acerca do uso de alguns métodos impõe enormes barreiras. Os temores dos efeitos transversais e as preocupações com a saúde assustam algumas pessoas; e por último, a falta do conhecimento sobre as opções de contraceção e o uso da mesma. Sendo assim, e principalmente numa altura de grande crise, surge a necessidade de destigmatizar o uso de métodos contraceptivos e de informar os sujeitos de forma a poderem escolher qual destes métodos se adequa melhor ao seu caso e às suas necessidades, bem como sensibilizar a população para a importância do planeamento familiar de acordo com as possibilidades de cada família e cada cidadão nas suas tomadas de decisões.

Segundo a OMS (2007), os adolescentes e os jovens devem frequentar a consulta de planeamento familiar, uma vez que através desta consulta eles têm - para além do apoio na escolha de métodos contraceção - acesso ao aconselhamento acerca de mudanças físicas e psicológicas, sexo, relacionamentos amorosos e familiares e entre outros fatores importantes.

É de extrema importância o encaminhamento dos adolescentes, e em particular as raparigas, à consulta de planeamento familiar, no sentido da obtenção de uma melhor qualidade e quantidade de informação sobre a sexualidade, contraceção, gravidez precoce e indesejada e por último a prevenção de IST's e HPV, uma vez que a ocorrência destes denotaria sempre implicações negativas no campo físico e emocional (Galvão & Gonçalves, 2010). Neste âmbito, a APF, ao longo da sua existência, tem trabalhado no sentido de se conseguirem alcançar mudanças legítimas e políticas no sector do planeamento familiar, da educação sexual e dos direitos sexuais e reprodutivos (Fórum Não Governamental para a Inclusão Social - FGIS, 2010).

A APF (2010) destacou que os contraceptivos mais utilizados entre os adolescentes são o preservativo, representando 39% dos casos, a par da pílula com 54%, e que o coito interrompido ainda tem um peso de 4.5%.

Num estudo realizado por Matos, Ramiro & Vilar (2008), com o objectivo central de conhecer os comportamentos sexuais de risco dos jovens estudantes universitários portugueses, os autores concluíram que a maioria dos 113 rapazes e 323 raparigas

entrevistados são sexualmente ativos, tiveram as primeiras relações sexuais aos 16 anos ou mais tarde e utilizaram como primeira contraceção o preservativo. Nesse mesmo estudo, observou-se também que os métodos mais utilizados pela maioria dos participantes são o preservativo e a pílula, com uma maior predileção pelo primeiro.

A filosofia dos cuidados pré-concepcionais consubstancia-se num processo integrado e contínuo de cuidados em saúde reprodutiva, que decorre do aproveitamento das inúmeras oportunidades que surgem, com frequência, no quotidiano da prática clínica desde a adolescência (Direção Geral de Saúde - DGS, 2008). Assim, a APF trabalha essencialmente, com populações socialmente vulneráveis, destacando as populações em zonas de pobreza, as comunidades migrante ou grupos sócio-culturais específicos.

No ano de 2008, a APF realizou 286 ações educativas para grupos na comunidade, das quais 219 dirigidas a jovens, 27 a crianças e 40 para populações adultas, abrangendo quase 800 pessoas, das quais mais de 6.700 adolescentes e jovens. (FGIS, 2010).

Para Almeida (2003), a revolução sexual provocou várias alterações a nível da natalidade, da maternidade e do que se lhes associa. Inclusivamente, na fase da adolescência houve duas mudanças que parecem estar visivelmente reconhecidas: a idade precoce em que os adolescentes iniciam as relações sexuais e a possibilidade de o fazer sem engravidar. O autor realça, ainda, que para minimizar muitas destas problemáticas era de primordial importância o ensino precoce sobre o uso de contraceções aos adolescentes, na tentativa de evitar e minimizar o nascimento de filhos indesejados e, principalmente, na não propagação de IST's.

Segundo Urra (2007), os pais e encarregados de educação têm por obrigação de incutir nos adolescentes e nos jovens mais responsabilidade nas suas relações sexuais, de forma a demonstrar a importância da utilização do preservativo de forma sucessiva. Desta forma, estão a proteger-se de contágio de infeções sexualmente transmissíveis, sem se esquecer também a outra vertente que é crucial nesta fase de vida, que é o dialogar abertamente e profundamente (ouvindo e conhecendo as fantasias, medos e mitos) sobre métodos de prevenção da gravidez indesejada.

2.Gravidez na adolescência

A fase da adolescência é uma etapa crítica, favorável ao início de experimentações por parte dos jovens, através de comportamentos transgressivos, tais como: o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, furtos, violência ou mesmo absentismo e abandono escolar, evidenciando-se ainda, um outro fenómeno: a gravidez precoce.

Braconnier (2003) refere que anualmente aproximadamente 8.500 adolescentes, dos 13 aos 17 anos, são confrontadas com o anúncio de uma gravidez, sendo que cerca de 2.500 levam a gravidez até ao fim, sendo sempre a mesma causa: os primeiros amores vividos sem prevenção.

Em 2008 Portugal encontrava-se na pior posição europeia, a par da Grã-Bretanha, no que toca à gravidez na adolescência, contando com cerca de 4.500 partos de mães adolescentes, 4.6% do total. Contudo este fenómeno parece estar em declínio, nomeadamente no sub-grupo que abrange a faixa etária das jovens dos 17 aos 19 anos (Mendes, 2010). É de destacar que, ao comparar a percentagem da gravidez na adolescência em 2008 e 2010, Portugal evidenciou um progresso com uma significativa diminuição da natalidade nas adolescentes, mas mesmo assim, há ainda muito por se fazer (Mendes, 2010).

Nos estudos de Figueiredo, *et al* (2006), os autores concluíram que existem traços comuns que são atribuídos às mães adolescentes com menos de 20 anos, como a pobreza, institucionalizações, ser filha de uma mãe adolescente, ter menor nível de educação, maior défice nos resultados escolares e abandono escolar e exclusão do sistema de ensino ou de emprego. Neste estudo, com uma amostra constituída por 161 adolescentes grávidas, do Hospital Júlio de Dinis (Porto), com idade igual ou inferior a 18 anos, Figueiredo *et al.* (2006) verificaram que as mães eram de condições socialmente desfavoráveis, o que revela a presença de agente de risco.

Na amostra estudada por Freira, Malveiro, Santos, Colaço (2007) foram identificados como fatores de risco para a gravidez na adolescência a proveniência de níveis sócio-económicos desfavorecidos e a integração em família não nuclear.

Colóquio Desafios à Saúde Sexual e Reprodutiva e Compromissos com Lisboa, (2005), diz-nos que a maternidade na adolescência ocorre em todos os estratos sociais, com maior prevalência nas camadas mais pobres, pois constitui um poderoso fator de reprodução das condições de pobreza e da exclusão social, referindo também, que Portugal é o país da União Europeia (UE) com maior taxa de gravidez na adolescência.

A influência religiosa também é um paradigma importante na gravidez na adolescência, uma vez que a religiosidade pode exercer influência sobre o comportamento

sexual das adolescentes, ou seja, a instituição religiosa desempenha um papel orientador, já que são potentes os meios de transmissão de informações e formadores de opiniões (Silva, 2003).

Urta (2007) suporta que os pais têm por obrigação educar os adolescentes em modelo de hábitos saudáveis, sendo que desta forma estão a prevenir certos riscos, tais como a gravidez precoce e indesejada, infeções sexualmente transmissíveis, entre outros.

Relativamente aos estilos parentais adotados pelos pais das jovens, Dias, Gonçalves e Matos (2008) demonstraram que a maioria considera que o estilo parental autoritário dá pouca autonomia ou confiança.

Anastácio, Carvalho e Oliveira (2010) observaram um perfil de grávidas adolescentes que viviam em desorganização familiar, sendo que muitas não tiveram o acompanhamento de ambos os pais nas fases da infância e adolescência. Os resultados do estudo parecem demonstrar que a percepção por parte dos adolescentes de uma menor supervisão parental está associada com a participação em más comportamentos sexuais de risco, nomeadamente início precoce da atividade sexual e as relações sexuais desprotegidas.

Nos estudos de Dias, Gonçalves & Matos (2007), os jovens relatam que os pais apontam como principal fator o facto de os progenitores não se sentirem à vontade para dialogar com os filhos.

Um estudo de Anastácio *et al* (2010), com uma amostra de 30 jovens grávidas, em contexto de acolhimento institucional, com idades compreendidas entre 15 e 19 anos, revelou que a gravidez precoce pode surgir devido à necessidade de agradar o namorado, acreditando as jovens que a gravidez é um meio de investimento e de compromisso na relação, tornando-se, também, uma forma de exprimir necessidades básicas de amor e auto-estima, independentemente da existência de historial negativo de gravidez precoce na família.

Alves (2003) explica que em algumas culturas a norma é seguir as instruções centenárias, precisas e inquestionáveis para as mulheres; normas que se integram na comunidade, de forma a repetir consecutivamente o papel das gerações de mulheres que as antecederam, renunciando à sua própria adolescência. De entre estas mulheres, se algumas são mães pelo amor materno-altruísta, outras haverá que o são para garantir a continuidade familiar e outras por medo de perder os poucos papéis que lhe são conferidos (mulher e mãe).

Nos estudos de Anastácio & Oliveira (2010) os resultados demonstram que as adolescentes grávidas não possuem informações suficientes acerca da educação sexual e por conseguinte abandonam, frequentemente, os estudos.

1.5. Gravidez desejada e as repercussões na mãe adolescente

Em determinadas culturas a maternidade precoce, para além de ser bem aceite, é mesmo desejada, como são exemplos da cultura cigana ou a cabo-verdiana (Fonseca & Lucas, 1993, citados por Lourenço, 1998).

A gravidez gratifica a adolescente, valorizando-a aos olhos do companheiro e dos seus congéneres - na Índia, até há pouco tempo, o facto de a rapariga atingir os quinze anos sem ter filhos era motivo da penalização social. (Ventura *et al.*, 1991, citado por Lourenço, 1998).

Em países como as Caraíbas e também em alguns países de África, a gravidez e o parto numa jovem adolescente celibatária é apreciada como normal e vista como um meio de adquirir mais prestígio, de provar a fecundidade e de atrair um companheiro que dará sustento à criança e a mãe respectivamente (OMS & Fundo de População das Nações Unidas - FENUAP 1989, citado por Lourenço, 1998).

Lourenço (1998) defende que em certas regiões agrícolas tradicionais, o casamento e a gravidez precoce são factos de um sistema social, com maior predomínio nos países subdesenvolvidos e que, em algumas classes sociais, a gravidez atua como o incentivo para o casamento: ou seja a solução mais pretendida é a união legal com o pai do bebé.

A gravidez desejada por ambos os membros do casal é uma das primeiras condições para que possa ser considerada saudável. Outra das condições essenciais é que a mãe tenha idade e condições físicas adequadas para a gravidez, e que esta venha a ter a vigilância médica adequada. A gravidez não pode, em caso algum, ser considerada saudável se a mulher ou o casal não a desejam, o que às vezes acontece (APF, 2003).

As razões que levam algumas adolescentes a querer ter o seu filho, segundo Braconnier (2003), são: ter alguém para amar e que a ama; ser alvo da atenção dada a uma mãe e ao seu filho; separar-se da sua família; forçar o comportamento amoroso do seu namorado; reparar o comportamento da culpabilidade de estar grávida, criando a criança; escapar à solidão; ausência de meios contraceptivos; recusa em abortar por considerar o bebé como uma última esperança que lhes trará a relação profunda e íntima de que elas tanto precisam.

Num estudo realizado por Batista *et al* (2005), concluiu-se sobre a situação da gravidez planeada que 26% das raparigas são sexualmente ativas durante anos; frequentaram

com regularidade consultas de planeamento familiar; utilizaram métodos contraceptivos, considerados seguros, com eficácia, mas foram mães na adolescência, por vontade própria.

De acordo com o IEFP, IP (2008) o testemunho de técnicos do Instituto retrata que a gravidez precoce é, em específico, um problema que assume uma ampliação nos adolescentes em formação profissional, com implicações nos próprios objetivos da formação, no desenvolvimento e na preparação dos jovens para a transição para a vida adulta.

1.6. Gravidez não desejada e as repercussões na mãe adolescente

Há sociedades que aceitam a gravidez na adolescência, embora essas mães estejam sujeitas a riscos mais elevados em termos de saúde, tais como a morte e/ou nascimento prematuro do bebé (Pinnoti, 2007).

A gravidez precoce é considerada um grande problema para a adolescente grávida e para a família. Ao nível familiar destacam-se as dificuldades comportamentais, estruturais, económicas, assim como também, habitacionais (Del Ciampo Junqueira, Ricco, Daneluzzi Ferraz & Júnior 2004).

Nos estudos de Batista *et al* (2005), em que participaram 34 adolescentes grávidas com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, residentes no Distrito de Évora, os autores concluíram que os principais problemas se encontravam nos estudos (destacando-se o abandono escolar, a transferência para cursos noturnos ou o adiamento da realização de avaliações e estágios), no emprego (particularmente pela não renovação de contratos ou autodespedimento derivado à impossibilidade de cumprir as exigências de horários e esforço físico exigido pelo desempenho de funções submetidas) com a família (pelas dificuldades de relacionamento com alguns elementos que não aceitaram a gestação) e na categoria “outros” incluem-se, sobretudo, problemas com os pais das crianças (quase sempre a rutura da relação existente) ou com os familiares destes (sobretudo as mães).

A gravidez precoce deriva muitas vezes das características comportamentais próprias desta fase, como por exemplo o conflito com o aparecimento de novas emoções e valores, a necessidade de afirmação da identidade e mesmo a aceitação pelos outros grupos de adolescentes (Del Ciampo, *et al.* 2004).

Anastácio, Carvalho e Oliveira (2010) concluíram que, em termos psicológicos, a rejeição do namorado e da família e/ou do grupo de pares, são bastantes críticos, acontecendo

alterações no seio do grupo, sentindo-se as grávidas frequentemente excluídas do meio onde se inseriram anteriormente.

Em termos de problemas sociais, existem fortes implicações decorrentes do grau de instrução e outras de natureza económica. Com frequência a exclusão social é causa, mas também consequência agravada pela gravidez na adolescência, que torna mais desfavorável uma situação que é já de si desfavorável (Anastácio 2010).

Atualmente dispõe-se de conhecimentos científicos que permite afirmar que a gravidez não desejada conduz a importantes sequelas negativas, não só a curto prazo, mas também a médio e longo prazo, tanto para os adolescentes, para as suas famílias, como para os possíveis bebés e a sociedade em geral (APF, 2003).

Nos estudos de *et al* (2005) os resultados mostraram que a etiquetagem e a censura social exercida sobre as jovens – sobretudo nas localidades mais pequenas e mais isoladas - também são comuns. O “apontar o dedo” parece ser culpabilizante e uma forma de cobrar à jovem a hipotética vivência de prazer sexual, o desfrutar das expectativas dos seus pais face ao seu futuro e a sua incapacidade para viver a liberdade característica do processo de autonomização da adolescente, de forma responsável.

A adolescente, ao receber a notícia de que está à espera de um filho, sem o desejar, geralmente, sofre um impacto psicológico: o medo, o *stress* e a ansiedade são as reações iniciais. Normalmente nessas situações são inúmeras dúvidas que podem surgir: o que pode fazer? Como reagirá o seu parceiro? (Carpinteiro, 2003).

Carpinteiro (2003) refere que a nova situação leva a adolescente a assumir esta responsabilidade que pode desencadear problemas psicólogos, já que a aceitação de ser mãe – ou do casamento – são grandes passos para os quais não está preparada. Isto faz com que ela possa sentir-se frustrada nas suas expectativas.

, Eugénio e Roque (2005) sustentam que as adolescentes grávidas têm um maior risco de complicações psicológicas, tais como: o *stress*, baixa auto-estima, ou até depressão.

Na quarta Conferência Mundial das Nações Unidas (1995) sobre a mulher, foi referido que as mães precoces continuam a ser uma obstrução para o progresso educacional, económico e social da mulher em todo o mundo (Carpinteiro, 2003).

Nos estudos de Figueiredo *et al.* (2006) é defendido que nas mães precoces as possibilidades de conseguir uma boa formação ou emprego ficam acentuadamente diminuídas, já que são muito mais frequentes os problemas escolares e mesmo de exclusão do sistema de ensino ou do emprego.

A gravidez precoce dificulta a educação e a formação profissional das jovens e posteriormente restringe também, quer a sua competência face às responsabilidades de emprego quer financeiramente a si próprias e às famílias envolvidas, reduzindo, a probabilidade de desenvolver um projecto e qualidade de vida (Marreiros, 2002).

Batista, Eugénio, Roque (2005) referem que a escolaridade, o trabalho e o rendimento das adolescentes grávidas podem sofrer efeitos sérios e comprometedores. Também podem correr o risco de viver abaixo do nível limiar de pobreza e a probabilidade de vir a receber apoios sociais é alto, no caso de não possuírem uma rede de apoio consistente.

Tradicionalmente considerou-se que uma gravidez não desejada tinha para a rapariga apenas algumas consequências orgânicas, com um efeito limitado no tempo. Porém, a decisão de uma rapariga de ter um filho na fase da adolescência pode expô-la a diversas consequências orgânicas, psicológicas, sociais, económicas e educativas. Além disso, há sempre uma grande probabilidade de ficar, num curto período de tempo, novamente grávido (Carpinteiro, 2003).

Um dos fatores que contribui para o nascimento continuado de bebés é a precariedade ou quase a inexistência de recursos para as jovens mães depois do nascimento do primeiro filho. Ou seja, a disponibilidade de conciliar o trabalho ou o horário escolar com a responsabilidade que os bebés exigem e as suas atividades com os pares, sem cuidados diários acessíveis e baratos, como por exemplo, serviços sociais e aconselhamento ou grupo de apoio (Marreiros, 2002). Neste âmbito, Almeida (2003) aconselha que, numa situação de gravidez com intervalo curto, é imprescindível que os jovens continuem a ser encaminhados e seguidos depois do parto, e também face aos casos de abandono por parte dos companheiros serem elevados é importante que este acompanhamento seja realizado por técnicos apetrechados das competências necessárias.

Embora a maioria dos estudos incidam nas consequências para as raparigas, Braconnier (2003) destaca que a adolescente grávida não é a única que precisa de voltar a ter segurança e sentir compreensão na situação de gravidez não desejada. Muitas das vezes, o jovem pai também está tão desorientado como a mãe do bebé, sendo que as consequências destas gravidezes transcendem o rapaz e a rapariga considerados individualmente, podendo afetar consideravelmente a relação que ambos mantêm entre si. Há situações, por exemplo, em que os rapazes assumem responsabilidade de pai e, para isso, abandonam ou adiam os estudos, para poderem ingressar no mundo profissional, como forma de ajudar o bebé e a mãe.

Lourenço (1998) realça que o momento de conhecimento da gravidez pode ter consequências de desorganização psicológica e ou ser vivido com enorme sofrimento, sentimentos de culpa, reivindicando uma adaptação a nível individual e familiar, difíceis de serem organizadas e aceites. Enquanto adolescente tem a necessidade de cuidados parentais, contudo, enquanto, grávida adolescente encontra-se em situação real de prestar cuidados e assumir o papel de mãe.

Braconnier & Marcelli (2000) defendem que, no especto psicológico, a gravidez inesperada, em geral, trás um profundo mal-estar à grávida em questão e dificuldades nas suas relações com terceiros. Isto pode ocorrer, pois, à medida que a jovem se depara com a gravidez, e com o novo papel de mãe, é confrontada com a necessidade de amadurecer mais rápido do que muitas vezes lhe é possível, e é obrigada a assumir funções e tarefas para as quais não está preparada, o que cria conflitos a nível psicológico e social (Lourenço, 1998).

2. Norma ou transgressão

As alterações biológicas e psicológicas próprias da adolescência unem-se hoje em dia com uma série de fatores sociais e económicos, que favorecem a transgressão em idades cada vez mais precoces.

Segundo Negreiros (2001), a ação transgressora pode ter significado por demonstrar transformações expressivas no decorrer da vida do sujeito.

A relação entre a adolescência e transgressão pode ser considerada como obrigatória, sendo esta última, necessária para o desenvolvimento, crescimento e para o processo de aquisição de novas formas de socialização. O sentido da transgressão está relacionado com a estratégia que visa procura de solução de um conflito, no sentido de adaptação (Aguilar *et al.*, 2000, citados por Benavente, 2002).

O próprio termo delinquência pode ser definido simultaneamente por critérios jurídico-penais, em que o jovem que praticou um acto delinquente é condenado pelo Tribunal, e só assim é reconhecida a delinquência, com pressuposto de um contacto oficial com as instâncias formais de justiça, como ainda se pode definir com base no comportamento anti-social. Os comportamentos que se enquadram na categoria delinquencial incluem atos que são considerados crime quando praticados por adultos ou, numa outra perspetiva, quando cometem atos que são ilícitos para a sua faixa etária (Negreiros, 2001).

Para Ferreira (1997) a delinquência juvenil num sentido amplo refere-se a diferentes tipos de infração criminal que os jovens cometem durante a fase da infância e da adolescência. Num sentido mais restrito, a delinquência compreende um conjunto de respostas e de intervenções institucionais e legais em relação a menores que praticam infrações criminais ou que se encontram em situações ou exibem comportamentos potencialmente delinquentes, particularmente nos casos de descumprimento familiar ou em que as crianças ou adolescentes revelam comportamentos desviantes e desajustados da realidade e do grupo etário onde estão inseridas.

Benavente (2002) deu o seu contributo ao explicar que o risco é considerado fundamental para a adolescência com fundamentação não só na sua captação, mas também na sua significância, ou seja, não envolve só o ator que está envolvido, mas também quem está de fora e o designa como tal.

Já num quadro de perturbação de comportamento, este implica que exista um padrão de comportamento múltiplo durante um certo período de tempo, enquanto o contacto oficial com o Tribunal que define a delinquência pode apenas ocorrer num ato isolado do jovem, pelo que, basta este roubar um carro uma vez, e se for apanhado será detido, ainda que não receba obrigatoriamente o diagnóstico de perturbação do comportamento (Negreiros, 2001).

Segundo alguns autores (Braconnier & Marcelli, 2000), a reorganização da ligação com os pais, dominada por um duplo desafio (a necessidade de separação e a conquista de autonomia), conduz a adolescente à procura de limites, que tantas vezes levam à transgressão, sem expressão patológica. É o momento de mudança intrapsíquica em que se dá a negociação de novos laços com os objetos da infância e o estabelecimento de ligações a novos objetos.

Ainda Marques (1995, citado por Benavente, 2002, p. 638) postula que “(...) a relação com o outro vem permitir a delimitação da realidade e o apaziguamento das tensões (alimentadas por vários fatores de carácter interno e externo). Porém a vivência destas forças propõe-se procura de delimitações e definições (que não se sente internamente), podendo surgir os comportamentos com a marca da transgressão.”

3.Contexto de socialização

“A socialização constitui um processo central de construção da identidade individual e da vida em sociedade.” (Singly, 1996, citado por Marques, 2005, p. 48).

A interação com um ambiente social de qualidade também é um fator crucial para um desenvolvimento saudável de um indivíduo. No âmbito da socialização tradicional encontramos a família, a escola e a comunidade, que são muito importantes no processo de crescimento dos jovens, mas contudo têm vindo a perder força nas sociedades modernas. As suas capacidades de controlo competem cada vez mais com outras fontes de influência social, tal como os meios de comunicação e as novas tecnologias (Cordeiro, 2006).

3.1. Família

De todas as instituições humanas, a família constitui a base primordial. É a mais remota e é nela que se dá a primeira socialização do ser humano; nela apreendemos as dimensões significativas da interação e é onde também podemos satisfazer as necessidades básicas, nomeadamente os afetos (Lourenço, 1998).

Erikson (1963, citado por Cordeiro, 2003) considerava que uma das principais realizações para o adolescente é o desenvolvimento e estabelecimento de identidade, sendo estas dependem basicamente do desenvolvimento social, intelectual e emocional favorecido no seio familiar. Dizendo por outras palavras, a família desempenha um papel crucial na formação da identidade do indivíduo e em particular, na fase da adolescente.

No plano familiar, a gravidez na adolescência trás sempre consequências, tanto para a adolescência como para a família.

Muitas vezes, quando o pai adolescente não assume a responsabilidade de pai, quem cuida, educa e se responsabiliza financeiramente pela criança são os avós, pois estes têm o dever de prestar todo o tipo de apoio moral ou material; tais como: alimentação, escolarização, saúde e todos os outros cuidados necessários ao bem-estar dos netos, para além de continuarem a zelar pela filha - “Portanto, a gravidez na adolescência é uma situação em que a porta não se fecha. Resolve (não resolvendo) o conflito entre a tendência adolescente para a separação/individuação e a lealdade ao sistema relacional.” (Lourenço, 1998, p. 102).

Contudo, uma adolescente grávida pode ser rejeitada para além do seu companheiro, também por alguns amigos, vizinhos ou familiares. Existem casos extremos, podendo mesmo a ser rejeitada pelos próprios pais, precisamente no momento em que mais necessita (Carpinteiro, 2003).

Lourenço (1989) defende que uma adolescente ao trazer uma criança para casa pode criar uma circulação de familiares e de relações que podem ser consideradas normais num grupo familiar, uma vez que desta forma todos os membros dessa família poderão dar as suas contribuições diferenciadas e prevenir o período centrífugo e afastamento que poderão ocorrer. A autora, citando Combrinck-Graham (1988, p. 124) diz-nos ainda que, nalguns casos, a menina pode conquistar a sua liberdade, deixando o(a) bebé com a sua própria mãe (avó da criança), mas também que em muitos casos, “a adolescente que deixa a sua criança em casa, vai atrás da promiscuidade, drogas, ou outro curso auto-destrutivo. O modelo (*pattern*) familiar com a mãe e filha demasiado envolvidas e pai periférico tende a refletir-se em gerações futuras”.

É necessário reconhecer e aceitar que, por vezes, um agregado familiar composto pelos dois pais é mais prejudicial que um agregado com um só pai. Grayling (2008) defende que também existem famílias monoparentais felizes e que a população em geral deverá aprender a não estigmatizar estas famílias através do modelo tradicional de família (Robinson, 2009).

Na adolescência, o grupo familiar mantém a sua importante função enquanto fonte de segurança, proteção e afeto. Contudo, a norma é estimular a autonomização da jovem na família, criando-se alguma ambivalência: o querer crescer, querer separar-se, mas ter algum medo desse movimento (Lourenço, 1998). Para além disso, a gravidez na adolescência torna esta separação ainda mais difícil. Com pouca escolarização e, por vezes, sem idade para trabalhar, a adolescente fica “presa” aos pais, devido à necessidade de estabilidade económica para poder sustentar-se e ao filho. Para Braconnier & Marcelli (1998) a gravidez não planeada na adolescência trás sempre tensões extremas no seio familiar. Muitas vezes, se a adolescente é solteira e sem um companheiro, engravidar significa, também estar na dependência dos pais/família num estágio do ciclo vital em que a norma é lutar pela independência (Lourenço, 1998).

Um estudo de Dias, Gonçalves e Matos (2007), em que foi utilizada uma amostra constituída por 72 adolescentes de escolas públicas do ensino regular, de ambos os sexos, concluiu-se que o mau ambiente familiar, as fracas ligações familiares e os conflitos são

apontados como podendo construir fatores de risco. Alguns dos jovens citam que quando os pais não conversam com os filhos estes ficam mais expostos às influências dos amigos e este especto pode construir um fator de risco.

É de extrema utilidade criar as condições para que os adolescentes, que se encontrem nesta situação de gravidez, recebam apoios quer psicológicos quer financeiros por parte dos seus pais, em exclusivo, e da sua rede da vertente social, e em geral, que não abandonem a escola nem suspendam bruscamente a sua vida, já que com isto, se conseguiria banir ou reduzir muitas das consequências que podem advir desta condição (Carpinteiro 2003).

3.2. Escola

É na escola que o jovem experimenta a sua afirmação social pela prática de relações sociais, de relações de amizade, de intimidade e de amizade considerada íntima (Cordeiro, 2006).

O suporte social, tanto a família como a escola, tem demonstrado ser um potencial protetor muito pertinente nos diferentes estudos que investigam a intercessão de diversas situações de risco, admitindo-se, por esta razão, que possa minorar os efeitos da maternidade precoce na adolescência, no desenvolvimento tanto da mãe como do bebé (Figueiredo, 2000).

É de extrema importância a educação sexual nas escolas, uma vez que esta desempenha um papel fundamental de modo que cada adolescente viva a sua sexualidade de uma forma saudável, feliz e responsável. A educação afectivo-sexual deve ser entendida como um direito de todo o Ser Humano, pelo que a colaboração da família e da escola é fulcral (Anastácio *et al*, 2007).

Durante a adolescência os jovens desenvolvem o seu vínculo ao grupo de pares e o seu processo de desenvolvimento passa pelo aumento da conformidade e elevada preocupação relativamente à aceitação por parte do grupo. Sendo assim, o jovem procura um longo caminho para se sentir entendido, mais forte e poder desenvolver na vida. (Braconnier, 2003).

Segundo Carpinteiro (2003), os grupos de pares podem influenciar nos intuitos comportamentais através das crenças normativas mas, além disso, podem também influenciar diretamente sobre o comportamento sexual, métodos contraceptivos, e em exclusivo contra as decisões do sujeito.

No estudo de Dias *et al* (2007) concluiu-se que durante a adolescência a socialização com grupos de pares desviantes pode representar um risco acrescido como referem os jovens questionados *à influência das más companhias que influenciam para coisas negativas... como dizem para não usar o preservativo*. Neste mesmo estudo os jovens mencionam que o grupo de pares é também, muitas das vezes, a fonte de informação mais acessível e confortável e onde se sentem mais à vontade para expor as suas dúvidas, embora alguns jovens expressem preocupações no que diz respeito à acuidade da informação e que consequentemente, os seus conselhos nem sempre são positivos.

As fases iniciais de experimentação durante a adolescência ocorrem num contexto de situações sociais envolvendo o grupo de pares e acontecem na extensão dos comportamentos e papéis que os adolescentes representam, como forma de estabelecer uma identidade pessoal de aumento da autonomia e independência em relação aos pais (Botvin & Griffin, 2007).

A promoção de competências pessoais e sociais pode construir uma estratégia para a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, sobretudo em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem construir fatores ligados ao risco (Gonçalves & Matos, 2004).

Considerando que a gravidez na adolescência é uma problemática extremamente complexo, associado a múltiplas variáveis, tais como biológicas, psicológicas, psicossociais e culturais, Lourenço (1998) estuda essa realidade numa perspectiva sistémica, dando particular relevância a dois contextos: a família e a escola.

Os programas de prevenção primária visam essencialmente retardar o comportamento sexual dos adolescentes, enquanto que os programas de prevenção sexual secundária destinam-se a prevenir a gravidez indesejada (Figueiredo, 2001). Fundamentalmente os programas de prevenção têm abrangido duas áreas: educação para a sexualidade e o relacionamento interpessoal e divulgação de métodos contraceptivos.

Gonçalves & Matos (2004) sugerem uma intervenção preventiva, com ênfase no envolvimento e participação dos adolescentes no âmbito da comunidade, nos contextos onde os jovens estão normalmente integrados e frequentados, nomeadamente: as escolas, centros de juventude, centros de lazer, na família, entre outros. Esses autores ainda aconselham para a promoção de competências pessoais e sociais, pois estas podem constituir uma estratégia para a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, sobretudo em situações onde os fatores sociais, económicos e ambientais podem constituir fatores ligados ao risco.

Gonçalves & Matos (2004) também propõe-se programas de intervenção, que visem promoções de competências pessoais e sociais de forma a ajudar os jovens a manter-se informados, bem como também identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, identificar e gerir emoções, e assim otimizar a escolha e manutenção de um estilo de vida saudável.

CAPÍTULO II – O PSICÓLOGO FORENSE E DA EXCLUSÃO SOCIAL NAS TRANSGRESSIONALIDADES JUVENIS

O termo delinquência pode ser definido simultaneamente por critérios jurídico-penais, em que o jovem que praticou um ato delinquente é condenado pelo tribunal, e só assim é reconhecida a delinquência, com pressuposto de um contacto oficial com as instâncias formais de justiça, como ainda se pode definir com base no comportamento anti-social. Os comportamentos que se enquadram na categoria delinquencial incluem atos que são considerados crime quando praticados por adultos, ou numa outra perspectiva, quando cometem atos que são ilícitos para a sua faixa etária (Negreiros, 2001).

Sendo o psicólogo forense e da exclusão social um agente de mudança social que utiliza as estratégias de intervenção no favorecimento do bem-estar social, este, através da captação da realidade sócio-demográfica da comunidade obtém conhecimentos sobre os grupos, desempenhando um papel fundamental na contribuição para o desenvolvimento comunitário, para a construção do projecto e do estilo de vida saudável da população, mantendo uma relação consistente e de interação com as mesmas, envolvendo-se nas atividades que a estas dizem respeito, com vista a ajudar na minimização das suas necessidades, em diversos contextos (Poiars, 2004).

O autor explica que o psicólogo forense e da exclusão social atua, também, junto de grupos sociais de potencial risco, agregando crianças, adolescentes e idosos, em situações de vulnerabilidade, especialmente aqueles vivem em contextos de maior isolamento familiar ou em condições habitacionais que lhes dificultam o curso normal de vida, incluindo as pessoas portadoras de deficiências. Esta intervenção implica a dinamização de atividades de rua, o desempenho de funções educativas e reeducativas, informando e orientando as pessoas para melhorarem a qualidade de vida e, ainda, a promoção de políticas que acentuem a prevenção, nos seus três níveis - primária, secundária e terciária, com incidência privilegiada na universal e na seletiva.

Segundo Poiars (2001) A Intervenção Juspicológica, especialmente no conhecimento e prevenção das situações de comportamentos de risco, entre as quais a gravidez na adolescência, compreende a motivação para a educação sexual adequada e saudável, para as consultas do planeamento familiar/aconselhamento e o respetivo encaminhamento das jovens adolescentes para as entidades de saúde, promovendo estilos de vida saudáveis e, ainda, a intervenção em ações da prevenção.

Estas competências são fundamentais ao bom andamento do trabalho, cumprindo realçar a pertinência da realização da avaliação psicológica das indiciadas, assentando esta

avaliação no acesso multidisciplinar ao conhecimento do indivíduo, pela via de captação e descodificação dos aspetos individuais, familiares, sociais dos indivíduos, mas também da significação de cada caso em particular. Na verdade é preciso avaliar, isto é, conhecer e descodificar, para se diagnosticar, motivar e encaminhar esta avaliação, inserida no contexto da intervenção juspsicológica, matriz do modelo vigente, devendo alicerçar-se na captação/assimilação do sujeito, na descodificação (dos seus discurso e intradiscurso, ou seja, dos seus ditos, não ditos e interditos na descodificação das mensagens, o que pressupõe não só o recurso à entrevista juspsicológica, semi-estruturada, mas também o uso de uma bateria de testes adequado ao caso e ao Actor que o protagoniza, na compreensão que o psicólogo forense e da exclusão social, apetrechado das suas competências alcança do sujeito-indicado e na explicação que através do relatório, fica apto a elaborar (Poiares, 2007).

O psicólogo deve estar atento à situação de duplo diagnóstico e de diagnóstico social, uma vez que se trata de populações que vivem com frequência, em campos de risco sanitário e social (Poiares, 2001; Ferreira, 2005).

Num enquadramento correto do planeamento de uma intervenção na comunidade, há que ter em consideração os vários campos de ação onde ocorre este desenvolvimento: familiar, social e escolar (Cordeiro, 2006). No entanto, Matos (2002) salienta, que a prevenção é uma tarefa difícil e que é sempre necessário as intervenções de equipas pluridisciplinares e bem treinadas que ostentam apetrechos para uma observação cuidadosa e de uma intervenção adequada, maleável e oportuna, sendo também de extrema importância a realização de trabalho de campo (equipas de rua).

Para haver uma maior produtividade e resultado da prevenção dos comportamentos de risco em adolescentes, é necessário que os grupos e instituições trabalhem em simultâneo com o psicólogo, fomentando tanto a participação da família como da escola, instituições de saúde, associações de pais, e entre outros (Senar, 1997).

Segundo Figueiredo (2001), os programas de prevenção da maternidade na adolescência têm dois objectivos prioritários: minimizar e reduzir a ocorrência de uma gravidez na adolescência; atenuar o impacto adverso que a gravidez pode ter na trajetória desenvolvimental da adolescência e do filho respectivamente. Assim sendo, os programas de prevenção primários visam essencialmente retardar o comportamento sexual dos adolescentes, enquanto os programas de prevenção secundários destinam-se a prevenir a gravidez indesejada. Neste âmbito é de importância primacial começar com a prevenção antes que os

adolescentes iniciem a sua vida sexualmente ativa, visto que a probabilidade de acontecer uma gravidez precoce é bastante elevada.

CAPÍTULO III - LEGITIMAÇÃO

A gravidez e a maternidade em idades precoces são experiências complexas, quer a nível familiar, quer individual. O estudo destas problemáticas e das que a elas estão associadas, bem como dos seus intervenientes, é de extrema relevância para uma correcta compreensão e subsequente prevenção/intervenção a nível individual, familiar, comunitário e até social.

Os jovens portugueses e africanos sustentam que é de primordial importância a introdução deste assunto no sistema de ensino, nomeadamente a estruturação de um programa de formação e sensibilização para os pais, encarregados de educação, professores, comunidades e entre outros. Defendem que esta formação deveria ir ao encontro das necessidades, dúvidas, emoções e emancipação dos jovens e não da apresentação de factores chocantes e descontextualizados, devendo existir uma prioridade face a uma correcta informação, mais do que unicamente a produção do desincentivo à prática de relações sexuais (Gaspar *et al.*, 2006). Na mesma linha de pensamento, a OMS (2011) refere que é necessária uma abordagem positiva da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências seguras e prazerosas, livres de coerção, discriminações e violências.

Freira *et al.* (2007) referiu como fatores de risco social o nível socioeconómico desfavorecido, a integração em família não nuclear e o mau rendimento e abandono escolar, salientando-se ainda os hábitos de dependência, inclusive consumo de tabaco, e a ausência de contraceção.

Nos estudos de Figueiredo e colaboradores (2006) conclui-se que a maternidade na adolescência se associa geralmente a condições mais desfavoráveis, quer a nível económico e social, quer a nível desenvolvimental, podendo ser considerada uma situação de risco. Tais condições podem ter funcionado como circunstâncias de risco, contribuindo para a gravidez na adolescência.

As Nações Unidas (1995), na *4ª Conferência Mundial sobre Mulher*, referem que a maternidade precoce continua a ser um obstáculo para o processo educacional, económico e social da mulher em todo o mundo. Os estudos realizados em Portugal nas últimas décadas sobre a gravidez e a maternidade e/ou a sexualidade e/ou adolescente, as situações das mães adolescentes no Sul da União Europeia: Portugal, Espanha, Itália e Grécia, realizada em 1998, no âmbito do programa juventude para a Europa, concluíram que são necessários programas de educação/formação em sexualidade e saúde, para prevenir as gravidezes indesejadas em geral e, em particular, na adolescência.

Os meios de comunicação social e a *internet* são mecanismos que podem fornecer informações importantes sobre esta temática, pelo que estes podem difundir mensagens positivas acerca da sexualidade e dos riscos associados, reforçando-se todos os métodos existentes para evitar uma gravidez indesejada na adolescência, mas também podem fornecer mensagens negativas acerca desta temática.

Os *massmedia* têm um impacto educativo na adolescência. Para além disso, a rádio está acessível em qualquer lado e para todas as pessoas, há jornais, e principalmente, revistas canalizadas especificamente para a população adolescente e o uso da internet está aberto a quase toda a população, pelo menos, estudante. Há situações em que os adolescentes possuem estes tipos de meios de informações nos próprios quartos, tornando assim, difícil para os pais controlarem o que eles vêem. Se considerarmos os adolescentes, estes passam em média mais horas diante do televisor do que na escola, com os amigos ou falando com os pais e, muitas das vezes, não recebem educação para que saibam vê-la (Carpinteiro, 2004).

Apesar de todas estas fontes de informação referidas, continuamos com grandes percentagens de gravidez na adolescência. De acordo com Colóquio desafios à saúde sexual e reprodutiva e compromissos com o desenvolvimento (2005) uma das explicações para as taxas de gravidez na adolescência é a dificuldade de acesso a consultas de planeamento familiar por parte dos jovens. Antigamente o acesso destes às consultas de planeamento familiar e aos métodos contraceptivos estavam dependentes de autorização parental. Após aprovação pela Assembleia da República, em 24 de Março de 1984, da *Lei nº3/84 – Direito ao Planeamento Familiar e à Educação Sexual*, legitimou-se definitivamente o acesso à contraceção, incluindo as camadas mais jovens. A *Portaria 52/85de 1984* - regulamenta e define os conteúdos dos cuidados planeamento familiar, o papel dos centros de saúde e as modalidades do acesso às consultas, ou seja, define que os adolescentes e jovens passam a ter acesso às consultas desde que estejam em idade fértil, não se impondo uma idade mínima, assim como o fornecimento gratuito de contraceptivos nos Centros de Saúde.

Segundo Colóquio desafios à saúde sexual e reprodutiva e compromissos com o desenvolvimento (2005) um dos fenómenos mais preocupante em Portugal, a nível de saúde reprodutiva, tem a ver com a elevada taxa de gravidez nas jovens com idade inferior a 20 anos. Sendo assim, era urgente traçar formas de combater esta problemática. Para tal, foi criado um *Plano Nacional de Saúde*, que decorreu entre 2005 e 2010. O plano incluía a criação de mais serviços de atendimentos aos jovens e a promoção das ações de informação,

de aconselhamento e sensibilizações sobre o uso de contraceção, sexualidade e comportamentos de riscos, nomeadamente no que diz respeito às IST's.

De acordo com os dados oficiais, Portugal é o segundo país da União Europeia com maior taxa de mães adolescentes (Fernandes, 2010), o que, mais uma vez, reforça a importância do trabalho de psicólogos da exclusão social na promoção de competências pessoais e sociais dos indivíduos, das famílias e comunidades, bem como da intervenção em conjunto com a própria escola.

A intervenção para a prevenção da gravidez não desejada na adolescência tem que ter em conta os diversos fatores que explicam os riscos associados às relações sexuais e exige a intervenção concertada de diferentes sistemas, dos quais se destacam o sistema de saúde e o sistema educativo (APF, 2003).

A APF de Lisboa tem intervindo em diferentes comunidades, designadamente as consideradas mais vulneráveis, nomeadamente em Casal de Cambra e Marvila, no sector do atendimento e prevenção da gravidez e parentalidade adolescente. Utilizando estratégias de *empowerment* e promoção das competências pessoais e sociais, e através da metodologia de educação interpares, esta intervenção conta com a colaboração efectiva de grupos de mediadores que promovem a saúde sexual e reprodutiva na sua comunidade (APF, 2010).

Em 1998, o Instituto Português da Juventude, em parceria com a APF abre a linha de ajuda "Sexualidade em linha". O facto de técnicos, como enfermeiros e médicos, utilizarem uma linguagem muito técnica na abordagem dos temas relativos à sexualidade, por vezes, pode representar uma falha na comunicação, por utilizarem termos que não são do conhecimento de todos os adolescentes, não sendo, assim, uma comunicação clara e aberta. (APF, 2010)

De acordo com o Colóquio desafios à saúde sexual e reprodutiva e compromissos com o Desenvolvimento (2005) era necessário avançar na elaboração de um programa articulador sobre a prevenção de gravidez na adolescência e a criação de, pelo menos, um serviço de saúde, o Instituto Português da Juventude, as estruturas municipais de informação juvenil e as Organizações Não Governamentais. Neste contexto, era imprescindível reformular o programa "Centros de Apoio à vida", no sentido de associar o apoio às mães adolescentes, com uma vertente mais global de apoio à maternidade nas mulheres mais vulneráveis em razão da sua idade e da sua condição social. Era também fundamental a reorganização das estruturas do Ministério da Educação, de promoção de saúde nas escolas a nível central, a nível das Direcções Regionais de Educação, das estruturas locais de apoio educativo.

Deve-se fomentar a criação de procedimentos que sirvam de referência para os jovens, de modo a garantir que eles sejam capazes de alcançar autonomia e respeito por si próprios e pelos outros, tendo em vista a sua integração e envolvimento na comunidade onde se inserem como sujeitos responsáveis, conscientes, dinâmicos e promotores de mudanças e de desenvolvimento social, bases indispensáveis ao desenvolvimento da cidadania.

Pretende-se proporcionar oportunidades formativas aos beneficiários, adequadas às suas necessidades; contribuindo para a promoção e proteção dos jovens da zona de Damaia; incentivando igualmente as famílias para novas perspetivas de futuro no sentido de melhorar as condições de vida; valorizando e estimulando a revalorização dos valores culturais locais, regionais e nacionais.

A APF (2010) tem alguns projectos de Saúde Sexual e Reprodutiva em contexto de pobreza e exclusão social, nomeadamente o projecto *VIHquina*, em que se pretende prevenir a propagação de VIH/SIDA e IST's no bairro da Biquinha (Matosinhos). A equipa tem o objectivo de trabalhar a saúde Sexual e Reprodutiva e a toxicodependência, promovendo assim, a redução dos comportamentos de risco e aumentando os comportamentos protectores e saudáveis face à saúde.

O Projecto *EluSIDA & Cuida* está igualmente ligado ao espaço pessoa e centra-se no trabalho de rua, englobando as pessoas que se prostituem e os toxicodependentes. As temáticas mais relevantes são a prevenção do VIH/SIDA e outras IST's, revestindo um projecto de emergência social e inclusão (APF, 2010).

É de grande relevância explorar os conhecimentos da população-alvo acerca da sexualidade, nomeadamente sobre os métodos contraceptivos, as IST's e o planeamento familiar, bem como os conhecimentos de atitudes e práticas sexuais. Para além disso, é de extrema importância analisar se há uma verdadeira noção das consequências do não planeamento familiar e da não utilização de concepção (gravidez na adolescência e alteração de todo o projecto de vida). Assim sendo, é fundamental fazer um diagnóstico de necessidades e de problemáticas por forma a adequar a cada intervenção e a cada população (Poiars, 2001)

Para Urra (2009) os pais e encarregados de educação têm por obrigação incutir nos adolescentes e nos jovens mais responsabilidade nas relações sexuais, de forma a demonstrar a importância da utilização do preservativo de uma forma sucessiva, para se protegerem do contágio de IST; sem esquecer, também, a outra vertente que é crucial nesta fase de vida, dialogar abertamente e profundamente (ouvindo e conhecendo as fantasias/medos, mitos, de

entre outros assuntos) sobre métodos de prevenção da gravidez indesejada e de entre outros assuntos relacionados.

Deverá existir uma prevenção do início ao consumo de álcool e tabaco, considerando que estas substâncias representam, na maior parte das vezes, iniciação ao uso e abuso de drogas ilícitas e, posteriormente, uma possível prática de relações sexuais também precoces e desprotegidas. Neste sentido era necessária uma intervenção através de metodologias participativas no incremento de fatores protectores junto das população-alvo e população-alvo estratégica no sentido de as dotar de “ferramentas” sócio-emocionais que permitam o aumento da resiliência e capacidade de resistência dos adolescentes às situações de pressão social. Pretende-se destacar a importância atribuída ao facto dos adolescentes manterem vínculos fortes de ligação com a família, escola, grupo de pares e amigos e que como resultado desses laços aceitem, interiorizem e adquirem normas, valores e condutas psicossociais, inibindo, assim, a adoção de condutas desviantes.

A prevenção desta problemática deve ser realizada de forma integrada, uma vez que é necessário abranger estratégias informativas, treino de competências pessoais e sociais e, trabalhar com a família e a comunidade, como população-alvo e população-alvo e estratégica. Esta metodologia de intervenção é necessária, visto que o objectivo é reduzir os comportamentos de risco atuando sobre as variáveis individual e contextual das quais esses comportamentos dependem.

Carpinteiro (2004) defende que esta intervenção deve realizar-se sobre a população em geral e particularmente sobre os grupos considerados de riscos, colocando-se em prática fundamentalmente em contextos educativos: escolas, família e, em contextos assistenciais, consultas de planeamento familiar. O mesmo autor defende ainda, que os técnicos devem promover sempre a prevenção de riscos num discurso positivo sobre a sexualidade com os adolescentes, ajudá-los a viverem melhor a sua sexualidade e viverem melhor com eles próprios e com os outros. Assim, cabe-lhes intervir, embora de forma despreconceituosos e sem moralismos, das relações sexuais e por outro na influência positiva do uso de contraceptivos seguros, evitando assim, a IST's e a gravidez precoce e indesejada.

No meio de bairros sociais a gravidez na adolescência parece estar intimamente relacionado com o aumento do abandono e absentismo escolar, quer antes e depois de gravidez (Fernandes, 2010).

Essencialmente os programas de prevenção da gravidez precoce têm abrangido dois níveis: o primeiro nível é da educação para a sexualidade e o relacionamento interpessoal e o segundo é a difusão dos meios contraceptivos (Figueiredo, 2001).

Para Matos, Ramiro & Vilar (2008) qualquer programa de intervenção deve centrar-se nas necessidades da população alvo – ou seja, de acordo com as características da faixa etária da população a que está a ser dirigida, bem como as diferentes etnias, religiões, meios sócio-económicos e diferentes graus de maturidade, experiência e orientações sexuais.

Os programas de prevenção primária visam essencialmente retardar o comportamento sexual dos adolescentes, enquanto os programas de prevenção secundária se destinam a prevenir a gravidez indesejada (Figueiredo, 2001).

1. Objetivos

O presente trabalho pretende compreender e poder intervir na redução da problemática da gravidez na adolescência em jovens com faixas etárias compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, bem como conhecer as variáveis contextuais inerentes a esse fenómeno, nomeadamente, a família, escola, comunidade e grupo de pares, destacando-se o impacto da maternidade precoce no desenvolvimento destes jovens, seja a nível das relações familiares e/ou conjugais, do percurso escolar e ainda ao nível profissional, concebendo-se as interações sociais executadas e o grau de autonomia do jovem face ao seio familiar.

O objectivo geral deste programa visa a redução da gravidez na adolescência e a orientação dos adolescentes para uma sexualidade responsável, com uma vida sexual sem riscos, optando por formas seguras, saudáveis e éticas para viver a sexualidade sem riscos.

É também objectivo promover comportamentos sociais positivos dos adolescentes, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma a reduzir os fatores de riscos e incrementar fatores protectores no que se refere à gravidez na adolescência.

Paralelamente, outro objectivo deste estudo passa pela promoção de estratégias para aumentar e manter bons níveis de auto-estima e auto-conceito; promoção de aquisições que permitam a resolução de problemas e tomadas de decisões; desenvolvimento de estratégias para fazer face à pressão dos pares e da publicidade, promoção de tempos livres compensatórias como forma de controlo da busca de sensações, através de um programa de prevenção.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

Neste estudo a variável dependente caracterizada foi comportamentos de risco, concretamente as relações sexuais precoces, antes dos 18 anos de idade.

Foram utilizados os seguintes indicadores para medir a variável dependente: idade da primeira relação sexual em que situação (se foi planeada ou não); se teve alguma doença associado ao facto de ter tido relações sexuais; se fez algum aborto; se tem filhos e quantos e se usou/ usa métodos contraceptivos, com que frequência e quais os mais usados.

As variáveis independentes foram divididas em quatro categorias: biológicas, sociodemográficas, relacionais e comportamentais.

As variáveis biológicas avaliadas foram o sexo e a idade. Nas variáveis sociodemográficas temos a etnia, residência, Escolaridade das raparigas, frequência da escola, problemas escolares, estado civil dos pais e situação de emprego dos pais.

As variáveis relacionais foram: “falava aos pais sobre a sexualidade quando era criança”, ajuda no esclarecimento de dúvidas na escola sobre a sexualidade, “alguém com quem confidenciar e esclarecer dúvidas relacionado com o sexo”; “na escola deve haver alguém disponível para esclarecer sobre assuntos relacionados com a sexualidade” e crenças em relação às relações sexuais.

As variáveis comportamentais foram a prática de desporto, hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas e frequência do mesmo, correr riscos no comportamento sexual e relacional.

1. Participantes

Foi recolhida uma amostra de conveniência, composta por 35 adolescentes grávidas, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos, com uma média etária de 16.91 anos (DP = 1.04). A idade média da primeira relação sexual era 15.31 anos (DP = 1.21) (Ver Tabela 1).

Tabela 1. Idade e Idade da primeira relação sexual

	Min	Max	M	DP
Idade	14	18	16.91	1.04
Idade da primeira relação sexual	13	18	15.31	1.21

As participantes eram maioritariamente de etnia negra (88.6%), residiam com a mãe (48.6%) ou com ambos os pais (20.0%), não frequentavam a escola (52.9%), não praticavam desporto (77.1%), tinham pais separados (54.3%) e tinham ambos os pais empregados (40.0%) ou só a mãe empregada (34.3%).

Entre as participantes que frequentavam a escola, a maioria referiu ter problemas escolares (76.9%) e que o problema mais frequente era a reprovação (70.0%).

Entre as participantes que praticam desporto, a maioria pratica mais de uma vez por semana (87.5%) (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição da amostra

	N	%
Etnia		
Caucasiana	4	11.4
Negra	31	88.6
Com quem reside		
Pais	7	20.0
Mãe	17	48.6
Amiga	1	2.9
Namorado	2	5.7
Tia	3	8.6
Tia, primo, irmã, avó	4	11.4
Outro	1	2.9
Escolaridade		
1º Ciclo	2	5.7
2º Ciclo	13	37.1
3º Ciclo	3	8.6
Secundário	17	48.6

Tabela 2. Descrição da amostra (Cont.)

	N	%
Frequenta a escola		
Sim	13	37.1
Não	22	62.9
Se sim, tem tido problemas escolares		
Sim	10	76.9
Não	3	23.1
Se sim, os problemas mais frequentes		
Reprovação	7	70.0
Disciplinares	2	20.0
Abandono	1	10.0
Pratica desporto		
Sim	8	22.9
Não	27	77.1
Se sim, quantas vezes		
Uma vez por semana	1	12.5
Mais de uma vez por semana	7	87.5
Estado civil dos pais		
Casados	7	20.0
União de facto	9	25.7
Separados	19	54.3
Situação de emprego dos pais		
Ambos empregados	14	40.0
Só a mãe empregada	12	34.3
Só o pai empregado	7	20.0
Ambos desempregados	2	5.7

2. Medida de avaliação

Para a recolha de informação relativamente às variáveis em estudo utilizou-se um questionário de auto-aplicação construído pela investigadora, definido e adaptado ao presente estudo (Anexo 3), com base na versão para a população francesa utilizada pelo INSERM (Institute National de la Santé et de la Recherche Médicale) e adaptada para Portugal por Santos Lucas (Marreiros, 2002).

3. Procedimento

Foi pedida a autorização para a aplicação do questionário numa casa de acolhimento, “*Ajuda de mãe*” solicitação que foi aprovada pela Diretora-Geral da instituição.

Antes da recolha das informações procedeu-se a uma breve exposição e explicação dos objetivos desta investigação, bem como uma pequena contextualização da temática.

As participantes foram esclarecidas que a colaboração era voluntária, podendo abandonar o preenchimento do questionário se assim entendessem e, ainda, que estavam assegurados os critérios anonimato e confidencialidade, se que os dados seriam apenas utilizados para fins académicos. É de realçar também que às inquiridas menores foi solicitada a autorização por escrito respectivos responsáveis adultos (Anexo II).

A aplicação do questionário foi realizada entre fevereiro de 2011 e fevereiro de 2012, tendo sido asseguradas as condições no espaço de aplicação.

CAPITULO V - RESULTADOS

Para descrever os comportamentos de risco revelados pelas participantes, estão representadas na Tabela 3 as frequências e percentagens relativas aos hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 3. Comportamentos de risco

	N	%
Fuma		
Sim	3	8.6
Não	32	91.4
Se sim, quantos cigarros por dia		
Menos de 5 cigarros	2	66.7
Entre 5 a 9 cigarros	1	33.3
Consome bebidas alcoólicas		
Sim	6	17.1
Não	29	82.9
Se sim, com que frequência		
Uma vez por mês	1	16.7
Aos fins-de-semana	5	83.3

A maioria das participantes referiu não fumar (91.4%) e não consumir bebidas alcoólicas (82.9%). Entre as participantes que fumam a maioria fuma menos de 5 cigarros por dia (66.7%) e entre as participantes que consomem bebidas alcoólicas refere que só consome aos fins-de-semana (83.3%).

A Tabela 4 mostra as frequências e percentagens referentes às questões relacionadas com a sexualidade

Tabela 4. Questões relacionadas com a sexualidade

	N	%
Na sua família, falavam-lhe de sexualidade		
Sim	15	42.9
Não	20	57.1
Se sim, com que frequência falavam		
Raramente	9	56.26
Muitas vezes	3	18.75
Quase sempre	4	25.00
Havia esclarecimentos de dúvidas na escola		
Sim	27	77.1
Não	8	22.9
Se sim, qual		
IST	11	40.7
Oral	1	3.7
Gravidez precoce e IST	5	18.5
Métodos de contraceção sexual	3	11.1
Sexualidade e IST	2	7.4
Sexualidade e gravidez precoce	2	7.4
SIDA	1	3.7
Prevenções	1	3.7
Sexualidade	1	3.7
Existe alguém disponível para esclarecimentos		
Sim	34	97.1
Não	1	2.9
Se sim, quem		
Professores	20	57.1
Psicólogo	9	25.7
Professores e psicólogos	6	17.1
Teve alguém para confidenciar		
Sim	26	74.3
Não	9	25.7

Tabela 4. Questões relacionadas com a sexualidade (Cont.)

	N	%
Se sim, com quem falava		
Amigos	20	76.9
Professores	1	3.8
Médicos	1	3.8
Amigos e médicos	2	7.7
Familiars	2	7.7
Com que idade teve a primeira relação sexual		
13	2	5.7
14	8	22.9
15	8	22.9
16	12	34.3
17	4	11.4
18	1	2.9
Em que situação		
Foi planeada	3	8.6
Aconteceu	30	85.7
Foi forçada	1	2.9
Estava sob efeito de álcool	1	2.9
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais		
Sim	34	97.1
Não	1	2.9
Se sim, especifique		
Sempre com o mesmo parceiro	22	62.9
Um parceiro estável e outras relações ocasionais	9	25.7
Vários parceiros	3	8.6
Utilizou algum método contraceutivo		
Sim	14	40.0
Não	21	60.0

Tabela 4. Questões relacionadas com a sexualidade (Cont.)

	N	%
Qual método contraceptivo		
Pílula	2	14.3
Preservativo	10	71.4
Pílula e Preservativo	2	5.7
Com que frequência usa métodos contraceptivos		
Nunca	21	61.8
Ocasionalmente	8	23.5
Frequentemente	5	14.7
Antes da gravidez, com que frequência usava métodos contraceptivos		
Nunca	22	62.9
Ocasionalmente	6	17.1
Frequentemente	7	20.0
Se usou, qual foi o método contraceptivo		
Pílula	1	7.1
Preservativo masculino	6	42.9
Preservativo feminino	5	35.7
Pílula e Preservativo masculino	2	14.3
Quais as infeções que considera sexualmente transmissíveis		
Piolho púbico ou “chatos”	2	5.7
Sífilis	1	2.9
SIDA	9	25.7
Piolho púbico ou “chatos”, Sífilis e SIDA	2	5.7
Herpes genital e SIDA	7	20.0
Herpes genital, Sífilis, gonorreia e SIDA	5	14.3
Sífilis e SIDA	3	8.6
Todas	4	11.4
Já teve alguma infeção de relações sexuais		
Sim	8	22.9
Não	27	77.1

Tabela 4. Questões relacionadas com a sexualidade (Cont.)

	N	%
Tem filhos		
Sim	3	8.6
Não	32	91.4
Já fez algum aborto		
Sim	6	17.1
Não	29	82.9
Como reagiram à notícia da gravidez		
Bem	10	28.6
Mal	25	71.4

As participantes referiram que na família não lhes falavam sobre sexualidade (57.1%) e entre as que disseram que sim, referiram que era raramente (56.25%).

Contudo, a maioria das jovens referiu que havia esclarecimento de dúvidas na escola (77.1%) e entre as que responderam afirmativamente relataram que o esclarecimento era principalmente sobre IST (40.7%) ou gravidez precoce e IST (18.5%). 97.1% das participantes referiram que existe alguém disponível para esclarecimentos, sendo principalmente professores (57.1%). A maioria referiu que teve alguém para confidenciar (74.3%), e entre as que tiveram 76.9% escolheram os amigos.

A maior parte das raparigas teve a sua primeira relação sexual entre os 14 e os 16 anos de idade (80.1%), tendo referido, como justificação, que simplesmente aconteceu (85.7%).

A grande maioria das jovens confirmou que teve relações sexuais nos últimos 12 meses (97.1%) e maioritariamente sempre com o mesmo parceiro (62.9%), não tendo utilizado nenhum método contraceutivo (60.0%). Entre as que usaram método contraceutivo a maioria escolheu o preservativo (71.4%).

Na maioria, as participantes revelaram que nunca usam métodos contraceutivos (61.8%) e que nunca usavam mesmo antes da gravidez (62.9%). Entre as participantes que usavam métodos contraceutivos antes da gravidez, 42.9% usavam o preservativo masculino e 35.7% usavam o preservativo feminino.

As infeções sexualmente transmitidas mais conhecidas eram só a SIDA (25.7%) ou Herpes e SIDA (20%). A maioria das participantes referiu nunca ter tido uma infeção sexualmente transmitida (77.1%).

Quase todas as jovens referiram não ter filhos (91.4%) e nunca ter feito um aborto (82.9%).

A maioria das participantes referiu que reagiram mal à notícia da sua gravidez (71.4%).

A Figura 1 mostra que a maior parte das participantes considera que o facto de correr risco torna mais excitante as relações sexuais.

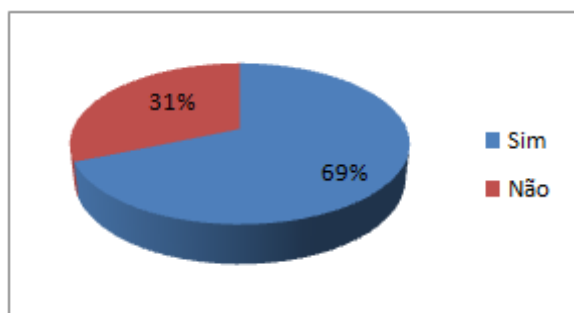


Figura 1. Percentagem de participantes considera que o facto de correr risco torna mais excitante as relações sexuais

A Figura 2 mostra a frequência de alguns mitos sobre a sexualidade.

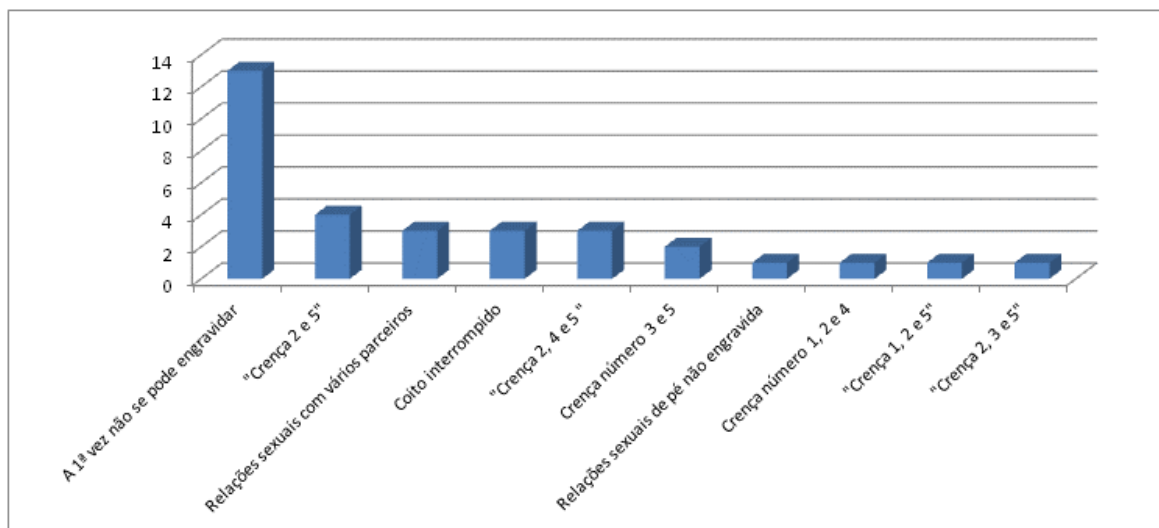


Figura 2. Mitos sobre a sexualidade

Nota: Crença 1 – Se uma rapariga quer usar preservativo é porque quer ter relações sexuais com vários parceiros. Crença 2 – A primeira vez que se tem relações sexuais não se pode engravidar. Crença 3 – Se se tiver relações sexuais de pé não se corre o risco de engravidar. Crença 4 – Se o rapaz na altura do orgasmo deixar de penetrar a rapariga (coito interrompido)

não há o risco de ela engravidar. Crença 5 Ter relações sexuais sem utilizar preservativo é uma grande prova de amor.

O mito mais frequente entre as jovens é que na primeira relação sexual não se pode engravidar (N=13).

A Tabela 5 mostra as diferenças entre as participantes que têm e não têm filhos, obtidas através do teste de *Qui-quadrado*, bem como as respectivas frequências e percentagens.

Tabela 5. Diferenças entre as participantes que têm ou não filhos

	Tem filhos (N=3)		Não tem filhos (N=32)		χ^2
	N	%	N	%	
Com quem reside					6.101
Pais			7	21.9	
Mãe	2	66.7	15	46.9	
Amiga			1	3.1	
Namorado	1	33.3	1	3.1	
Tia			3	9.4	
Tia, primo, irmã, avó			4	12.5	
Outro			1	3.1	
Escolaridade					1.396
1º Ciclo			2	6.3	
2º Ciclo	2	66.7	11	34.4	
3º Ciclo			3	9.4	
Secundário	1	33.3	16	50.0	
Na sua família, falavam de sexualidade					4.375*
Sim	3	100.0	12	37.5	
Não			20	62.5	

Tabela 5. Diferenças entre as participantes que têm ou não filhos (Cont.)

	Tem filhos (N=3)		Não tem filhos (N=32)		χ^2
	N	%	N	%	
Na escola havia esclarecimentos de dúvidas					.204
Sim	2	66.7	25	78.1	
Não	1	33.3	7	21.9	
Existe alguém disponível para esclarecimento de dúvidas					.097
Sim	3	100.0	31	96.9	
Não			1	3.1	
Teve alguém para confidenciar					1.136
Sim	3	100.0	23	71.9	
Não			9	28.1	
Nos últimos 12 meses teve relações sexuais					.097
Sim	3	100.0	31	96.9	
Não			1	3.1	
Como reagiram à notícia da gravidez					.036
Bem	1	33.3	9	28.1	
Mal	2	66.7	23	71.9	

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes com e sem filhos apenas relativamente a lhe falarem de sexualidade na família com $\chi^2 (1) = 4.375$; $p = .036$, sendo as participantes que já têm filhos as que mais referem que a família fala com elas de sexualidade.

Na Tabela 6 são apresentadas as diferenças entre as participantes que tiveram ou não tiveram alguma infeção sexualmente transmitida obtidas através do teste de *Qui-quadrado*, bem como as respectivas frequências e percentagens.

Tabela 6. Diferenças entre as participantes que tiveram ou não tiveram alguma infeção sexualmente transmitida

	Teve infeção (N=8)		Não teve infeção (N=27)		χ^2
	N	%	N	%	
Infeções que considera sexualmente transmissíveis					8.502
Piolho púbico ou “chatos”			2	7.4	
Sífilis			1	3.7	
Gonorreia			2	7.4	
SIDA	2	25.0	7	25.9	
Piolho púbico ou “chatos”, Sífilis e SIDA	1	12.5	1	3.7	
Herpes genital e SIDA			7	25.9	
Herpes genital, Sífilis, gonorreia e SIDA	3	37.5	2	7.4	
Sífilis e SIDA	1	12.5	2	7.4	
Todas	1	12.5	3	11.1	

P>.05.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes que tiveram ou não tiveram alguma infeção sexualmente transmitida (p>.05).

Para analisar as relações existentes entre a idade, a idade da primeira relação sexual, a escolaridade, uso de cigarros e de bebidas alcoólicas, uso de contraceptivos e frequência com que falam de sexualidade na família foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. A Tabela 7 mostra os resultados obtidos.

Tabela 7. Correlações com a idade e a idade da primeira relação sexual

	Idade	Idade da primeira relação sexual
Idade da primeira relação sexual	.54***	
Escolaridade	.10	.42*
Quantos cigarros fumam por dia	.87	.50
Frequência com que consome bebidas alcoólicas	.71	.14
Frequência com que falavam de sexualidade na família	.03	.02
Frequência com que usa preservativos	.21	.22

* $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

A idade correlacionou-se de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com a idade da primeira relação sexual com um $r=.54$; $p=.001$, sendo que as participantes mais novas referiram ter iniciado a atividade sexual mais cedo e as mais velhas mais tarde.

A idade da primeira relação sexual correlacionou-se de forma positiva, moderada e estatisticamente significativa com a escolaridade com um $r=.42$; $p=.012$, sendo que as participantes que iniciaram a atividade sexual mais cedo a apresentar menor escolaridade.

Na Tabela 8 são apresentadas as diferenças entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual obtidas através do teste de *Qui-quadrado*, bem como as respectivas frequências e percentagens.

Para a divisão entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual foi calculada a mediana da idade da primeira relação sexual, tendo sido a idade de 15 anos.

Tabela 8. Diferenças entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual

	Mais cedo		Mais tarde		χ^2
	(≤ 15 anos)		(> 15 anos)		
	(N=18)		(N=27)		
	N	%	N	%	
Etnia					.004
Caucasiana	2	11.1	2	11.8	
Negra	16	88.9	15	88.2	
Com quem reside					5.982
Pais	4	22.2	3	17.6	
Mãe	7	38.9	10	58.8	
Amiga	1	5.6			
Namorado	2	11.1			
Tia	1	5.6	2	11.8	
Tia, primo, irmã, avó	3	16.7	1	5.9	
Outra			1	5.9	
Frequenta a escola					6.655**
Sim	3	16.7	10	58.8	
Não	15	83.3	7	41.2	
Problemas escolares					.035
Sim	3	75.0	7	70.0	
Não	1	25.0	3	30.0	
Pratica desporto					.805
Sim	3	16.7	5	29.4	
Não	15	83.3	12	70.6	
Fuma					.305
Sim	2	11.	1	5.9	
Não	16	88.9	16	94.1	
Consome bebidas alcoólicas					.673
Sim	4	22.2	2	11.8	
Não	14	77.8	5	88.2	

Tabela 8. Diferenças entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual (Cont.)

	Mais cedo		Mais tarde		χ^2
	(≤ 15 anos)		(> 15 anos)		
	(N=18)		(N=27)		
	N	%	N	%	
Estado civil dos pais					1.843
Casados	5	27.8	2	11.8	
União de facto	5	27.8	4	23.5	
Separados	8	44.4	11	64.7	
Situação profissional dos pais					5.166
Ambos empregados	8	44.4	6	35.3	
Só a mãe empregada	8	44.4	4	23.5	
Só o pai empregado	1	5.6	6	35.3	
Ambos desempregados	1	5.6	1	5.9	
Na família falavam de sexualidade					.038
Sim	8	44.4	7	41.2	
Não	10	55.6	10	58.8	
Havia esclarecimento de dúvidas na escola					5.402*
Sim	11	61.1	16	94.1	
Não	7	38.9	1	5.9	
Teve alguém para confidenciar					.083
Sim	13	72.2	13	76.5	
Não	5	27.8	4	23.5	
Primeira vez que teve relações sexuais					2.440
Foi planeada	2	11.1	1	5.9	
Aconteceu	14	77.8	16	94.1	
Foi forçada	1	5.6			
Estava sob efeito de álcool	1	5.6			

Tabela 8. Diferenças entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual (Cont.)

	Mais cedo		Mais tarde		χ^2
	(≤ 15 anos)		(> 15 anos)		
	(N=18)		(N=27)		
	N	%	N	%	
O facto de correr risco torna mais excitante as relações sexuais					.957
Sim	11	61.1	13	76.5	
Não	7	38.9	4	23.5	
Crenças em relação às relações sexuais					7.983
Relações sexuais com vários parceiros	2	11.8	1	6.7	
A 1ª vez não se pode engravidar	6	35.3	7	46.7	
Relações sexuais de pé não engravidam			1	6.7	
Coito interrompido	2	11.8	1	6.7	
Crença 1, 2 e 4	1	5.9			
Crença 3 e 5			2	13.3	
Crença 1, 2 e 5	1	5.9			
Crença 2 e 5	3	17.6	1	6.7	
Crença 2, 4 e 5	2	11.8	1	6.7	
Crença 2, 3 e 5			1	6.7	
Teve alguma infeção de relações sexuais					.509
Sim	5	27.8	3	17.6	
Não	13	72.2	14	82.4	
Tem filhos					3.099
Sim	3	16.7			
Não	15	83.3	17	100.0	

Tabela 8. Diferenças entre as participantes que iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual (Cont.)

	Mais cedo		Mais tarde		χ^2
	(≤ 15 anos)		(> 15 anos)		
	(N=18)		(N=27)		
	N	%	N	%	
Já fez algum aborto					.673
Sim	4	22.2	2	11.8	
Não	14	77.8	15	88.2	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as participantes iniciaram mais cedo ou mais tarde a atividade sexual relativamente frequentarem a escola com $\chi^2(1)=6.655$; $p=.010$ e à referência de existir esclarecimento de dúvidas na escola com $\chi^2(1)=5.402$; $p=.020$, sendo as participantes que iniciaram a atividade sexual mais tarde a referir mais que frequentam a escola e a afirmar mais frequentemente que existe esclarecimento de dúvidas na escola.

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objectivo, numa primeira fase, aumentar o conhecimento sobre as variáveis contextuais inerentes à gravidez na adolescência, nomeadamente, variáveis relacionadas com a família, escola, comunidade e grupo de pares. Foi igualmente objectivo perceber o impacto da maternidade precoce no desenvolvimento destas jovens, seja a nível das relações familiares e/ou conjugais, do percurso escolar e ainda ao nível profissional.

Relativamente ao programa de intervenção proposto, o objectivo geral foi contribuir para a redução da gravidez na adolescência e a orientação dos adolescentes para uma sexualidade responsável, com uma vida sexual sem riscos, optando por formas seguras, saudáveis e éticas para viver a sexualidade. Foi, igualmente, objectivo promover os comportamentos sociais positivos dos adolescentes, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma a reduzir os fatores de riscos e incrementar os fatores protectores no que se refere à gravidez na adolescência. Por último, foi ainda objectivo, através do programa de prevenção apresentado, contribuir na promoção de estratégias para aumentar e manter bons níveis de auto-estima e auto-conceito, na promoção de aquisições que permitam a resolução de problemas e tomadas de decisões, no desenvolvimento de estratégias para fazer face à pressão dos pares e da publicidade e na promoção de tempos livres compensatórias como forma de controlo da busca de sensações.

Os resultados da avaliação efetuada mostram que a maioria das participantes referiram não ter outros comportamentos de risco (não fumar e não consumir bebidas alcoólicas). Estes resultados contrariam o referido por outros autores que defendem que a prática de um comportamento de risco está normalmente associada a outros comportamentos de risco (Donnelly et al., 2001) e que de entre os factores contextuais, o uso de substâncias como o álcool, tabaco e, em particular, drogas permite prever o início da actividade sexual (Capaldi, Crosby, & Stoolmiller, 1996; Leigh, Schafer & Temple, 1995; Lowry et al., 1994; MacDonald, MacDonald, Zanna, & Fong, 2000; Maisto, Carey, Carey, & Gordon, 2002; Matos et al., 2003; Scivoletto, et al., 2002). Ainda, num estudo efectuado em Portugal, cerca de 12% dos adolescentes estudados que referiram já ter tido relações sexuais relataram como razão para o início o consumo de drogas ou álcool, em particular no caso dos rapazes (Matos et al., 2003). No que respeita às raparigas que têm parceiros que consomem álcool ou drogas, estas relataram em maior número uma iniciação sexual em idades mais precoces (Rosenthal, et al., 2001). Talvez os resultados obtidos no presente estudo estejam a divergir do referido na literatura porque as participantes foram inquiridas sobre os seus comportamentos de consumo

de tabaco e álcool no presente e não na altura em que engravidaram, sendo possível terem abandonado estes comportamentos devido à gravidez.

Foi também observado que a maioria das raparigas referiu não falar de sexualidade na família, sabendo contudo que tinham um espaço disponível para esclarecimento de dúvidas na escola. Seria interessante saber se usaram esses recursos escolares na altura que iniciaram a atividade sexual e se não usaram quais as razões para tal, sendo esta uma sugestão para estudos futuros.

A maioria das participantes referiu que teve alguém para confidenciar, mas a maior parte destes confidentes eram os seus pares, não sendo portanto, pessoas adultas, com capacidade de esclarecer questões e dar conselhos promotores da saúde e de prevenção de risco.

A maior parte das raparigas teve a sua primeira relação sexual entre os 14 e os 16 anos de idade. Esta idade está de acordo com outros estudos realizados anteriormente, que com o objectivo de descrever a idade média de início da atividade sexual obtiveram resultados através dos quais os participantes estudados relataram iniciar a actividade sexual entre os 10 e os 16 anos de idade, em média aos 14 anos (Clarck, Zabin & Hardy, 1984; Matos et al, 2003; Porter, Oakley, Ronis, & Neal, 1996; Resnik & Blum, 1994; Stanton et al, 1994; Zelnik & Shah, 1983). Destes, aproximadamente 11% dos jovens adultos relataram ter iniciado a sua actividade sexual aos 13 anos (Matos et al, 2003), enquanto o início da actividade sexual aos 15 anos foi relatado por uma percentagem entre 22 (Matos et al, 2003) a 27% (Braverman, & Strasburger, 1993) dos adolescentes.

Apesar de terem engravidado e já se terem deparado com as consequências deste comportamento de risco, mais de metade das raparigas referem que nos últimos 12 meses não usaram nenhum método contraceptivo. Neste sentido, salienta-se aqui a necessidade de trabalho com estas jovens no sentido da prevenção para comportamentos futuros.

A idade da primeira relação sexual correlacionou-se com a escolaridade, sendo as participantes que iniciaram a atividade sexual mais cedo a apresentar menor escolaridade, estando de acordo com o defendido na literatura ao nível das consequências da gravidez precoce (Eugénio & Roque, 2005; Figueiredo et al., 2006; Freira, et al 2007; Marreiros, 2002; Pacheco *et al.*, 2003).

PARTE B

CARTOGRAFIA DE PROGRAMA

Cartografia do Programa

1. Responsável pelo Programa

Este programa de intervenção surgiu de uma abordagem sobre a necessidade de reduzir a problemática social que é a gravidez na adolescência e, elaborar programas de prevenção/intervenção para os jovens do Bairro da Damaia em contextos de risco. Para que tal seja possível, e para que este tenha ao seu dispor todos os recursos necessários à sua implementação, é de extrema importância que a Câmara Municipal da Amadora [C.M.A] e particularmente a Junta de Freguesia da Damaia, se torne o órgão responsável pela estabilização do presente programa, assumindo um compromisso para com os jovens vulneráveis, tornando-se imprescindível no cumprimento dos seus compromissos sociais, assegurando assim, uma ilustrada orientação dos objetivos a desenvolver e a alcançar.

2. Apresentação do Programa

2.1. Enquadramento geral da problemática

A Freguesia da Damaia está inserida no quadrante sul do Concelho da Amadora, onde faz fronteira com as freguesias de Alfragide, Buraca, Reboleira e Venda-Nova. É de salientar que na zona da Damaia estão os bairros que são considerados áreas com maior ocorrência de problemas sociais da grande Lisboa, nomeadamente os bairros da Estrada Militar, do Alto da Damaia e da Cova da Moura.

No censo 2001 e, segundo os dados da Câmara Municipal da Amadora - CMA (2007), a Freguesia da Damaia possui uma área de 1,41km e cerca de 20.590 habitantes, com uma densidade populacional de 14.593.20 habitantes por Km. Instituto da Droga e da Toxicodependência - IDT, 2007). A população em idade escolar (representa 12.5% do total da população e com uma taxa de desemprego de 7.4% (CMA, 2007); IDT, 2007).

É de realçar também, que foram identificados na zona da Damaia alguns problemas que são considerados como fatores de risco: a nível de saúde foram identificados comportamentos sexuais de risco, gravidez precoce e prevalência de IST's. Também foram encontrados como fatores de riscos sociais o baixo nível de escolaridade, abandono e insucesso escolar, desemprego e baixa qualificação profissional, comportamentos desviantes e criminalidade, situações de pobreza e sem abrigo, dificuldade de integração nas minorias

étnicas, núcleos habitacionais degradados e sobrelotados, falta de limpeza nas ruas e espaços verdes não cuidados, entre outros (IDT, 2007).

Este programa de intervenção surgiu assim de uma abordagem sobre a necessidade de reduzir a problemática social que é a gravidez na adolescência, realidade presente num dos bairros sociais da Damaia, concretamente no *Bairro 6 de Maio*.

2.2 Área geográfica de implementação

O presente programa de intervenção pretende abranger as jovens da comunidade de Damaia, nomeadamente do *Bairro 6 de Maio*, com uma primordial particularidade no anexo da Instituição *Ajuda de Mãe*, com sede em Campolide e que acolhe jovens daquele contexto.

2.3- População-alvo

Para o desenvolvimento de um programa de prevenção, a seleção dos participantes é a primeira questão a ter em consideração, devendo ser pensada antes mesmo da descrição de possíveis programas e áreas de intervenção na maternidade na adolescência (Figueiredo, 2001).

O presente programa tem como população-alvo jovens do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, designadamente as que se encontrem expostas a situações de risco provenientes de famílias com condições sócio-económicas desfavorecidas.

3. Planificação do programa

3.1. Objetivos gerais

Através deste programa pretende-se potenciar o desenvolvimento e a intervenção de medidas reeducativas, junto das jovens que se encontrem em situação de risco de gravidez precoce. Pretende-se assim criar soluções no sentido de orientar e prevenir os comportamentos de risco dessas jovens.

3.2. Objectivos específicos

Foram definidos objetivos específicos que pretendem ser as linhas orientadoras do programa.

Informação e promoção de estilos de vida saudáveis; desenvolvimento da identidade pessoal e social; promoção de comportamentos de cidadania, informação sobre os malefícios derivados ao início de atividade sexual precoce; informação sobre métodos contraceptivos, VIH/SIDA, HPV e outras IST's.

Promoção da assertividade; promoção de competências de comunicação verbal e não-verbal; promoção de estratégias para lidar e expressar sentimentos, emoções e críticas de forma positiva e saudável, promoção de estratégias para aumentar e manter níveis de auto-estima e auto-conceito; promoção de aquisições que permitam a resolução de problemas e a tomada de decisão; desenvolvimento de estratégias para fazer face à pressão dos pares e da publicidade, promoção de tempos livres compensatórios e prazerosos como forma de controlo da busca de sensações.

É importante estimular competências como a criatividade, espírito de equipa, competição saudável, concentração, raciocínio, auto-motivação, auto-conhecimento.

3.3. Indicadores

Os indicadores avaliativos deste projecto de intervenção pretendem alcançar a real eficácia dos objetivos a serem cumpridos na implementação do programa. Para se proceder à avaliação dos objetivos que estão a ser cumpridos, os técnicos estarão disponíveis para realizarem avaliações relativamente ao desenvolvimento bio-psico-social das jovens no decorrer das atividades propostas na instituição.

A avaliação do programa será realizada através das atividades efectuadas pelos participantes semanalmente e, transversalmente, pela análise do número de sessões realizadas, o grau de adesão às atividades propostas, o nível de envolvimento e participação dos sujeitos, a forma de participação e o desempenho do técnico.

A família, a escola e a comunidade vão igualmente colaborar ao avaliar a adaptação de cada jovem face às expectativas dos mesmos relativamente ao seu aproveitamento e comportamento escolar e no seio da relação familiar. Pretende-se, assim, conhecer se houve

ou não alterações nas condutas manifestadas pelo jovem, verificando se existe um aumentado do sentimento de pertença e de auto-estima do sujeito enquanto membro ativo na comunidade. Deve-se, assim, avaliar se o jovem se torna um ser capaz de responder adequadamente às situações adversas que lhe vão aparecendo no dia-a-dia, analisando o nível de tolerância de afeto de cada elemento, captando se este lida de melhor forma com o *stress*.

3.4. Resultados esperados

- Aumento da quantidade e qualidade dos comportamentos saudáveis;
- Desenvolvimento de competências de resolução de problemas e tomada de decisão;
- Desenvolvimento de crenças realista;
- Diminuição do absentismo e abandono escolar.

3.5. Ações a desenvolver

Este programa visa promover prioritariamente um projecto de prevenção da gravidez na adolescência dirigidos a grupos ou contextos que apresentem maior vulnerabilidade face a situações de risco e/ou comportamentos de risco, bem como intervenções junto da população em geral.

Neste sentido, é importante desenvolver um conjunto de ações e atividades que visem sensibilizar os jovens para a questão de gravidez na adolescência, nomeadamente, ações de sensibilização nas escolas e noutras instituições, palestras realizadas por técnicos de saúde, treino de competências pessoais e sociais, resolução de problemas e tomada de decisão, de forma a reduzir os fatores de risco e incrementar fatores protectores no que se refere à gravidez na adolescência.

Deste modo, indicamos algumas atividades a serem implementadas no centro, nomeadamente atividades lúdico-pedagógicas e exposição dos mesmos jogos, peças de teatro, danças, intercâmbios intra e inter-escolas e inter-Freguesias, apoio escolar, desenvolvendo-se nos jovens uma série de aptidões que o tornem menos favorável a esses tipos de comportamentos e mais competente para estabelecer vínculos pró-sociais e para fazer frente às pressões do ambiente favoráveis a esses tipos de conduta. Sessões de formações/debates

(pré-prevenção) sobre temas atuais e relevantes, nomeadamente, IST's, gravidez precoce, métodos contracetivos, toxicod dependência, criminalidade, prostituição, alcoolismo, drogas, importância da intergeracionalidade e transculturalidades e entre outros.

Poderá ainda verificar-se a realização de rastreios de eventuais problemas de saúde e respetivo acompanhamento ou encaminhamento dos beneficiários, promovendo simultaneamente estilos de vida saudáveis

Pretende-se ainda realizar atividades com as famílias, tais como reuniões, encontros temáticos, palestras, visitas domiciliárias e atendimento particular.

São de referir igualmente atividades com a comunidade, como a realização de intercâmbios entre os diversos bairros em alturas festivas e de *workshops* sobre diversas temáticas propostas pelos jovens, implementando-se uma interação com outras instituições e projetos que partilhem uma mesma finalidade, em consonância com atividades lúdicas pretendidas. Para além disso, propõem-se campanhas em comunidade, como campanhas de limpezas, plantação de árvores, mobilização de voluntariado, convívio com pessoas idosas e crianças do bairro; atividades lúdicas e culturais.

Este programa enfatizará o desenvolvimento de competências e recursos pessoais através de uma metodologia interativa, lúdica, participativa, com aprendizagens com base na descoberta, com adoção de estratégias que englobam as dinâmicas de grupo, sociodrama, ações de formação e sensibilização e visualização de vídeos.

3.6. Cronograma das ações

Para uma abordagem adequada sobre a sexualidade e que vá ao encontro das necessidades nesta fase, é necessária a discussão de muitos parâmetros, com o objectivo de reduzir condutas de risco sexual entre os adolescentes. É fundamental também, abordar os fatores de risco e de proteção que prejudiquem na tomada de decisões dos jovens, pois estas abordagens referidas levam tempo, sendo assim, é de realçar que todos os programas implementados nas escolas, que têm efeitos positivos comprovados sobre os comportamentos em longo prazo abarcavam 12 ou mais, e às vezes até 30 ou mais sessões, cada uma aproximadamente de 50 minutos de duração (UNESCO, 2010).

As atividades vão ser desenvolvidas três vezes por semana, da parte da manhã ou da tarde, de acordo com o horário escolar das jovens que estão no contexto escolar. Realça-se,

contudo, que na instituição dar-se-á sempre mais precedência às atividades que auxiliem diretamente os jovens no seu adequado desenvolvimento enquanto adolescentes, tais como: atividades com as famílias, grupo de leituras, entre outras. Será ainda dada relevância ao apoio nos trabalhos escolares, de forma a fomentar o interesse e a dedicação diária do jovem. Deste modo, antes do início de cada sessão realizar-se-á o apoio aos trabalhos escolares, realizando-se posteriormente as atividades planeadas para todos os jovens, que se pretendem que sejam variadas e diversificadas todas as semanas.

3.7. Parcerias

Uma possível parceria entre a junta de freguesia e o Centro de Saúde (técnicos de saúde), seriam de grande importância no sentido de desenvolverem ações de sensibilizações com temática da gravidez precoce e indesejada, IST's, cancro do colo do útero e da mama e entre outros. Para melhores resultados e face às necessidades de obtenção de bons progressos, propõe-se a presença destes técnicos duas vezes por semana na instituição. Identificação das instituições parceiras e do tipo do apoio prestada a cada uma na concretização das atividades.

4. Estrutura organizativa e gestão do programa

4.1. Constituição da equipa manifestadas

Para a implementação deste projecto, é de extrema importância uma equipa multidisciplinar, com o intuito de responder as necessidades apresentadas pelo grupo alvo. Neste sentido pretende-se integrar os seguintes profissionais: Psicólogo forense e da exclusão social, psicólogo clínico, assistente social, animador social e técnicos de saúde, psicólogo educacional.

4.2. Duração

Este programa deverá durar dois anos, com a possibilidade de renovação por períodos idênticos. A duração justifica-se com possíveis mudanças ou alterações que possam eventualmente surgir face aos resultados dos indicadores avaliativos.

4.3. Avaliação interna

Avaliação do processo: avaliar a implementação do projecto no terreno – indicadores de execução;

Para que os objetivos do presente programa sejam eficazes e adequados é essencial possuir uma equipa de intervenção multidisciplinar que possa fornecer uma correcta intervenção junto das adolescentes que apresentam comportamentos de riscos. Assim, para se avaliar os objetivos alcançados com este programa, é indispensável que periodicamente os pais e professores estejam envolvidos em dinâmicas para que compreendam os objetivos alcançados e possam servir também de parceiros, identificação das instituições parceiras e do tipo do apoio prestada a cada uma na concretização da atividade.

Avaliação dos resultados: avaliar o nível de alcance dos objetivos do projecto – indicadores de desempenho.

A avaliação do programa será realizada através das atividades efectuadas pelos participantes semanalmente e, transversalmente, pela análise do número de sessões realizadas, o grau de adesão às atividades propostas, o nível de envolvimento e participação dos sujeitos, a forma de participação e o desempenho do técnico.

A avaliação da implementação do plano de atividades será feita mensalmente pela equipa técnica, através da recolha de dados, de modo a avaliar a receção e o impacto das atividades realizadas, na perspectiva dos jovens.

Metodologicamente proceder-se-á à aplicação de inquéritos (o mesmo que foi utilizado nesta investigação e apresentado em Anexo), no início e após a implementação do programa para avaliar a sua eficácia. A reflexão sobre os dados recolhidos será regularmente efetuada, no sentido de orientar ações futuras.

4.4. Avaliação externa

Esta avaliação será realizada pelas entidades exteriores através da avaliação dos objetivos, conteúdos e estratégias utilizadas. Anualmente será realizada uma avaliação das atividades e programas realizados, com o intuito de melhorar o procedimento na persecução dos objetivos. Essas atividades e programas serão avaliados por equipas imparciais que podem surgir de entidades independentes ao programa.

4.5. Supervisão Externa

Esta supervisão Externa ficará a incumbência das instituições competentes, com técnicos apetrechados para tal acompanhamento.

Capítulo IV – Conclusão

A sexualidade e a educação afetiva-sexual são questão imprescindível a ser enfrentada por toda a sociedade, tendo em conta os meios de comunicação que abordam a questão da sexualidade de forma generalizada, sem contribuir para que o adolescente reflita e possa estabelecer critérios de causa e efeito como forma de enfrentar e comportar face ao exercício da sexualidade. Um outro especto a considerar é a vertente familiar, social, escolar e grupal.

Desenvolver competências pessoais e sociais por parte dos jovens, dos pais, dos professores e dos técnicos que estão envolvidos na intervenção é urgente e necessário. Deste modo, propõe-se a inclusão na formação destes atores sociais da promoção de competências de comunicação interpessoal, de identificação e gestão das emoções e de resoluções de conflitos e de resistência à pressão dos pares.

A componente de construção de um projecto de vida é também de extrema importância, uma vez que, principalmente durante a adolescência se torna indispensável que os sujeitos tenham uma linha diretriz. Para que as consequências dos seus atos sejam medidas de forma consciente e racional é essencial a existência de um projecto de vida, pois só assim é possível que os adolescentes tenham noção do impacto negativo que alguns comportamentos de risco, inclusivamente o início da atividade sexual precoce e desprotegida poderão ter nas suas escolhas futuras e na progressão da sua vida.

Na família, a maioria dos diálogos sobre a sexualidade são voltados às advertências contra a IST incluindo o VIH/SIDA e a higiene. Os adolescentes por não estarem informados corretamente sobre a questão da sexualidade e sobre a uma eventual gravidez precoce e indesejada, por ainda terem insuficiente informação sobre as IST's, incluindo o VHI/SIDA, apreendem de uma forma inadequada.

Uma das principais conclusões a tirar do presente estudo é que a maternidade na adolescência se associa geralmente às condições mais desfavoráveis, quer do ponto de vista económico e social, quer do ponto de vista desenvolvimental, podendo ser portanto considerada uma situação de risco. Tais condições podem ter funcionado como circunstâncias de risco, contribuindo assim para uma gravidez não desejada na adolescência, mas são igualmente susceptíveis de potencializar dificuldades e práticas de cuidados parentais menos adequadas.

Importa ainda realçar que prestar uma ajuda adequada a uma população em risco obriga ao conhecimento detalhado das circunstâncias de risco que efetivam esse mesmo risco, tal como foi objeto do presente estudo. Tendo em conta os resultados obtidos, podemos

destacar que uma boa parte das entrevistadas necessitam de um suporte suplementar adequada às necessidades específicas de tipo económico, social, ocupacional, psicológico e entre outros.

No futuro era importante investir em novos estudos sobre esta temática, a gravidez precoce, por exemplo alargando as entrevistas a adolescentes não grávidas e a adolescentes pertencentes às classes sociais altas, de forma a se poder comparar com as de classe sociais baixas e se verificar se a situação económica tem influência na gravidez precoce e na não utilização de métodos contraceptivos.

Com este estudo pretendeu-se destacar a problemática da gravidez na adolescência, embora como limitações possamos apontar uma dimensão da amostra limitada, não podendo generalizar as conclusões a todas as grávidas adolescentes. Pretendeu-se simplesmente dar um contributo para a investigação e reflexão, de modo a que haja mais envolvimento e investimento a nível prático, apostando na prevenção dos fatores de risco que a gravidez na adolescência transporta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, Madalena (2002). (des) *Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. (2ª ed.,) Coimbra: Quarteto Editora
- Almeida, J. M. R. (2003). *Adolescência e Maternidade*. (2ª ed.,) Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian
- Alves, M.J. (2003). E as mããs... Medem-se aos Palmos? APF – Mamãs de Palmo e Meio: Gravidez e Maternidade na Adolescência. Lisboa. Editor: APF – Associação para o Planeamento da Família. Delegação Regional do Alentejo. ISBN: 972-8291-15-9, P. 7
- Anastácio, Z., Carvalho, G.S., & Oliveira, T. (2007). Convergência e divergência na perceção de jovens grávidas e de professores com formação específica em educação sexual sobre a gravidez na adolescência. Instituto de Educação, Universidade de Minho, Braga Retirado a 17 de Dezembro, de 2010, de <http://hdl.handle.net/1822/11182>
- Associação para o Planeamento Familiar [APF]. (2003) *Mamãs de Palmo e meio*: Gravidez e Maternidade e Maternidade Precoce. Delegação Regional do Alentejo ISBN: 972-8291-15-9, PP. 47-57
- Associação para o Planeamento Familiar [APF]. (2003) As Mulheres Portuguesas Têm o Direito à Vida e à Saúde: Revista Sexualidade e Planeamento Familiar. PP. 3 – 4. Retiradona 17 de Dezembro, de 2010, redesida.web.ua.pt/dados%5Ccapf_revista_37.pdf
- Associação para o Planeamento Familiar [APF]. (2008). – Associação para o Planeamento da Família. Anuário do Departamento de Psicologia. Delegação Regional do Algarve. Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, www.fchs.ualg.pt/
- Barragán, F. (1997). As Mães Adolescentes. Psicologia Infantil e Juvenil. ISBN: 84- 494-0273-5, Vol. 3, pp. 22-23
- Batista, S., Eugénio, I. & Roque, O. (2005) Mamãs de palmo e meio: Testemunhos. Lisboa: Editora: APF- Associação para o Planeamento Familiar
- Benavente, R. (2002). 4 (XX) Delinquência juvenil: Da disfunção Social: à psicopatologia. In Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Almada. (pp. 63-645). Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, <http://www.scielo.oces.mctes.pt/>
- Berryman, J. C., et al, (2002). *A Psicologia do Desenvolvimento Humano*. Lisboa: INSTITUTO PIAGET
- Boulanger, M. et al (2001). *Prevenção das Toxicomanias*. Lisboa: Climeps Editores.
- Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As mil facetas da adolescência*. (1º ed.,) Lisboa: Climpsi Editores

- Braconnier, A (2003). *O Guia da Adolescência*. Lisboa: Edição de Livros e Revistas, Lda.
- Braverman, P. K., & Strasburger, V. C. (1993). Adolescent sexual activity. *Clinical Pediatrics*, 32, 658-668.
- Canavarro, M.C., Pereira, M. & Morgado, L.M. (2004). A adolescência, a mulher e a Comunicação apresentada no IV Congresso Virtual HIV/SIDA. Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de www.aidscongress.net/...
- Capaldi, D. M., Crosby, L., & Stoolmiller, M. (1996). Predicting the Timing of First Sexual Intercourse for At-Risk Adolescent Males. *Child Development*, 67, 344-359
- Carlos, A.I, Pires, A., Cabrita, T., Alves, H., Araújo, C., Bentes, H.M. (2007). Comportamento parental de mães adolescentes (*). *Revista Análise Psicológica*, 2 (XXV): PP. 183-194. Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de www.scielo.gpeari.mctes.pt/
- Carpinteiro, E. (2003). Consequências da Gravidez não Desejada na Adolescência. Mamãs de Palmo e Meio: Gravidez e Maternidade na Adolescência. Lisboa. Editor: APF – Associação para o Planeamento da Família. Delegação Regional do Alentejo. ISBN: 972-8291-15-9, PP. 11-23
- Carpinteiro, E. (2003). Modelos Teóricos para explicação de Riscos Sexuais na Adolescência: Gravidez não Desejada, IST e SIDA. APF – Mamãs de Palmo e Meio: Gravidez e Maternidade na Adolescência. Lisboa. Editor: APF – Associação para o Planeamento da Família. Delegação Regional do Alentejo. ISBN: 972-8291-15-9, PP. 25-45
- Carpinteiro, E., (2004). Prevenção de riscos associados ao comportamento sexual: gravidez não desejada, DST e SIDA. Lisboa: Editor: APF – Associação para o Planeamento Familiar
- Carvalho, M.J.L. (2003), Entre as Malhas do Desvio: *Jovens, Esperança, Trajectórias e Delinquências*. (1º ed.,) Oeiras: Celta Edição, Lda
- Clark, S. D., Zabin, L. S., & Hardy, J. B. (1984). Sex, contraception and parenthood: experience and attitudes among urban black young men. *Family Planning Perspectives*, 16, 77-83.
- Cordeiro, A. R. C. (2006). *Adolescência... O corpo, a amizade e a intimidade*. Portalegre: Gráfica Guedelha, Lda.
- Colóquio desafios à saúde sexual e reprodutiva e compromissos com o desenvolvimento, Lisboa, (2005), Colóquio desafios à saúde sexual e reprodutiva e Compromissos com o Desenvolvimento – A Lusofonia e os 10 Anos da Conferência Internacional Sobre

População e Desenvolvimento. Assembleia da Republica e Grupo Parlamentar Português Sobre

População e Desenvolvimento e Associação Para o Planeamento da Família de Lisboa, ISBN Nº 972-8291-21-3.117 P.

Del Ciampio, L.A., Junqueira, M.J.G., Ricco, R.G., Daneluzzi, J.C., Ferraz, I.S., Júnior, C.E.M. (2004). Tendência secular da gravidez na adolescência. São Paulo: Revista pediatria, Vol. 26, Nº 1: pp. 21 - 6 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de www.pediatrasiapaulo.usp.br/...

Direcção Geral da Saúde [DGS]. (2007), Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo. – Lisboa: DGS - ISBN 978-972-675- 175-5 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de www.min-saude.pt/...

Direcção Geral da Saúde [DGS]. (2008), Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar: Orientações Técnicas, Lisboa: 67 p. ISBN 978-972-675-182-3 Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de www.spdc.pt/...

Dias, S., Gonçalves, G. M., & Matos, A. (2007) Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4 (XXV): PP. 625-634 Retirado em 20 de Dezembro, de 2010, de repositorio.ispa.pt/...

Donenberg, G., Bryant, F., Emerson, E., Wilson, H., & Pasch, K. (2003). Tracing the Roots of Early Sexual Debut Among Adolescents in Psychiatric Care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 594-608.

Fernandes A. P. (2010). Gravidez na Adolescência Prevenção Primária no Centro de Saúde. In Boletim mais que informativo USF MONTE DE CAPARICA pp. 1-11 III – nº07 Retirada de 5 de Janeiro, de 2011, de usf-montecaparica.min-saude.pt/...

Ferreira, P. M. (1997). «Delinquência juvenil», família e escola. Editora: *Análise Social*, (p. p) 913-924; *vol.* XXXII (143), (4.º-5.º). Retirado a 20 de Dezembro, de 2010, de www.analisesocial.ics.ul.pt/...

Figueiredo, B. (2000). Maternidade na adolescência: Consequências e trajectórias desenvolvimentais. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII): pp. 485-498. Retirado 17 de Dezembro, de 2010, de www.scielo.oces.mctes.pt/...

Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol.3, Nº 2 ISSN.08/4-4696 Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, repositorium.sdum.uminho.pt/...

- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Margarinho, R. (2003) Utentes da Consulta Externa de Grávidas Adolescentes da Maternidade Júlio de Dinis no Ano 2000. *Acta Pediatr. Port.*, N° 4; Vol. 34: pp. 227-238 Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de www.scielo.oces.mctes.pt/... CONFIRMAR SE É 2003 OU 2004
- Figueiredo, B., Pacheco A., Costa, R., Magarinho, R. (2006). Gravidez na Adolescência: das Circunstâncias de Risco às circunstâncias que favorecem à adaptação à gravidez. Editora: IJCHP; ISSN. N° 1; Vol. 6: pp. 97-125. ISS 1697-2600 Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de www.aepc.es/...
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, L., Feldman, S. S. (1998). Familial antecedents of young adult health risk behavior: a longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 12, 66-80.
- Fisher, W. A., & Fisher, J. D. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behaviour: Theory and method. *Annual Review of Sex Research*, 9, 36-64.
- Fisher, W. A., Williams, S.S., Fisher, J. D., & Malloy, T. E. (1999). Understanding AIDS Risk Behavior Among Sexually Active Urban Adolescents: An Empirical Test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS and Behavior*, 3, 13-23.
- Fleming, M. (1993). *Adolescente e Autonomia: O Desenvolvimento Psicológico e a relação com os pais*. Lisboa: Edições Afrontamento
- Freira, S., Silva, P. L., Malveiro, F., Santos, C. M., Santos, S., Colaço, C. *et al* (2007). Fatores de risco social, comportamental e Biológico de gravidez na adolescência: estudo de caso-controlo. *Ata Pediatria Portuguesa*. 0873-9781/07/38-6/241 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de www.spp.pt/.../20080215180541
- Gaspar, T., Matos, G.M., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos Sexuais, Conhecimentos e Atitudes Face ao VIH/SIDA em Adolescentes Migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 7, N° 2, pp. 299-316 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de www.scielo.oces.mctes.pt/...
- Gaspar, T., Pais Ribeiro, J.L., Matos, M.G., Leal, L. (2008). Promoção de qualidades de vida em crianças e adolescentes *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol. 9, nº. 1, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, Portugal pp. 55-71 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de www.scielo.oces.mctes.pt/...

- Galvão e Gonçalves (2010) A Sexualidade na Adolescência. In Boletim Mais que Informativo. USE Monte de Caparica III, p. 9 Retirado de 6 de Janeiro, de 2011, de www.arslvt.min-saude.pt/... REPETIDO?
- Gherpelli (s.d.) A Educação Preventiva em Sexualidade na Adolescência.
- Gomes. J. & Sousa S. (s.d.) Gravidez na adolescência. Adolescência: *Nursing. Portalegre*: Gráfica Guedelha, Lda., 196, pp. 24-27.
- Grayling, A. (2008). Social evils and social goog, York: Joseph Rowntree Foundation. Retirada a dois de Fevereiro de 2011 de www.jrf.org.uk/publications/social-evils-and-social-good.
- Hawa R., Munro, B. E., & Doherty-Poirer, M. (1998). Information, motivation and behaviour as predictors of AIDS risk reduction among Canadian first year university students. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 7, 9-18.
- Heilborn, M. L., & Brandão, E. R. (1999). Introdução: Ciências sociais e sexualidade. In M. L. Heilborn (Ed.). *Sexualidade: O olhar das ciências sociais, IMS/UERJ* (pp. 7-17), Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- Hite, S. (2004). *The Hite Report - A Nationwide study of female sexuality*. NY: Seven Stories Press.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT]. (2007). Plano operacional de respostas integradas Diagnóstico do Território (PORI): Eixo Damaia – Buraca Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de [www.idt.pt/PT/.../Lisboa/...](http://www.idt.pt/PT/.../Lisboa/)
- Instituto do Emprego e Formação Profissional [IEFP]. (2008) A Educação Sexual no Contexto da Formação Profissional. ISBN978-989-638-012-0. Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de www.iefp.pt...
- Jacob, L. (2006) Manual de Sexualidade. Curso de Educação Sexual e Sexualidade no Envelhecimento, Salamanca: Cadernos de Socialgest, nº 2 (Manual de Sexualidade) Retirado de www.socialgest.pt/...
- Kinsey, A., Pomeroy, B., Martin, E. & Gebhard, H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Indiana University Press.
- Leigh, B. C., Schafer, J., & Temple, M. T. (1995). Alcohol use and contraception in first sexual experiences. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 81-95.
- Liarte (1997). Mudanças físicas no adolescente. *Psicologia Infantil e Juvenil*. ISBN: 84-494-0273-5, Vol. 3, pp. 16

- Lopes, N.A. (2003) História da Medicina – Saúde Sexual e Reprodutiva A História do Preservativo. APF - Revista Sexualidade & planeamento familiar. Nº 37, pp. 31-33 Retirado de 15 de Dezembro, de 2010, de [redesida.web.ua.pt/...](http://redesida.web.ua.pt/)
- Lourenço, M. M. C. (1998), Textos e Contextos da Gravidez na Adolescência, Edições LDA, Lisboa
- Lowry, R., Holtzman, D., Truman, B. I., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (1994). Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: are they related?. *American Journal of Public Health*, 84, 1116-1120.
- MacDonald, T. K., MacDonald, G., Zanna, M. P., & Fong, G. (2000). Alcohol, sexual arousal, and intentions to use condoms in young men: Applying alcohol myopia theory to risky sexual behavior. *Health Psychology*, 19, 290-298.
- Machado, J.P., Cabral, M.V., Ferreira, P.M., Ferreira, V.S., & Gomes, R.T. (2003). Condutas de Risco, Práticas Culturais e Atitudes Perante o Corpo, (1º ed.,) Oeiras: Celta Editora
- Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., & Gordon, C. M. (2002). The effects of Alcohol and Expectancies on Risk Perception and Behavioral Skills Relevant to Safer Sex among Heterosexual Young Adult Women. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 467-485.
- Matos, A. C. (2002). *Adolescência: O triunfo do pensamento e a Descoberta do Amor*. Lisboa: Climepsi Editores
- Matos, M.G., Gonçalves, A., Reis, C., Simões., C., Dias, Sónia. (2003). Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde. A Saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois). Edições FMH: Lisboa.
- Matos, M.G., Gonçalves, A.T. (2004). Adolescentes Estrangeiros em Portugal: Uma questão de Saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol. V, nº 1 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. ISSN (*Versión impresa*). 1645-0086 Red de Revistas científicas de América Latina y el Caribe, Espanha y Portugal. pp. 75-85 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de [www.scielo.oces.mctes.pt/...](http://www.scielo.oces.mctes.pt/)
- Matos, M.G. Ramiro L. & Vilar D. (2008). Factores de sucesso da Educação Sexual em meio escolar. APF. Associação para o Planeamento Familiar. Educação Sexual em Rede nº 3, pp. 8-13. Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de [www.eferreira.net/pt/...](http://www.eferreira.net/pt/)
- Marreiros, Maria da Conceição dos Santos - Relações Sexuais Precoces e Comportamentos de Risco nos Adolescentes. Porto: Universidade do Porto, 2002. 102 f. Dissertação de Mestrado. Retirado em 17 de Dezembro, de 2010, de repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/...

- Martins, M. J.D. (2005), condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Revista Psicológica*, Vol. XXIII, Nº 2: pp. 129-135 Retirado em 17 de Dezembro, de 2010, de www.scielo.oces.mctes.pt/...
- Matos, G. M., Ramiro, L. & R. M. (2008). Contraceção, parceiros ocasionais e consumo de substâncias em jovens portugueses. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*; vol. 6, Nº 2: pp. 206 – 214 Retirado 17 de Dezembro, de 2010, de <http://revistas.ulusofona.pt/...>
- Marques, A.M. (2007). Gravidez na adolescência: a perspectivas da Paternidade. APF; Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. ISBN: 978-972-597-294-6 Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de <https://tne.unl.py/...>
- Mendes, P. C. (2010). Gravidez na Adolescência. In *Boletim Mais que Informativo*. USE Monte de Caparica III, p. 11 Retirado de 6 de Janeiro, de 2011, de www.arslvt.min-saude.pt/...
- Ministério de Saúde [M.S], (2002). Saúde Reprodutiva: PF, IST E SIDA. Manuel parar o Agente Comunitário de Saúde. Retirado, de 20 de Dezembro, de 2011, de www.acs.min-saude.pt/...
- Ministério de Saúde [M.S], (2004) Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Orientações Estratégicas. PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde. Vol. II, Nº 2. ISBN 972-6755-108-X Retirado, de 6 de Janeiro, de 2011, de www.acs.min-saude.pt/...
- Ministério de Saúde [M.S]. (s/d). Guião Programa Regional de Educação Sexual [PRESSE] Formação para Professores do 2º Ciclo do Ensino Básico Retirado de 6 de Janeiro, de 2011, de www.eb23-maia.rcts.pt/...
- Misovich, S. J., Fisher, W. A., & Fisher, J. D. (1998). A Measure of AIDS Preventive Information, Motivation, Behavioral Skills, and Behavior. In Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G., & Davis, S. L. (Eds.), *Handbook of Sexuality – related Measures* (pp. 328-337).California: Sage Publications.
- Negreiros, J. (2001). *Delinquências Juvenis*. Lisboa, Editorial notícias
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2007). Planeamento familiar. Um Manual Global Para Profissionais e Serviços de Saúde Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de whqlibdoc.who.int/...
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2011). Saúde Sexual e Reprodutiva: direitos e desafios num mundo multicultural. (10ª ed.). Retirado de 18 de Janeiro, de 2012, de www.sinus.org.br/...

- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2010). Saúde Sexual e Reprodutiva: direitos e desafios num mundo multicultural. Retirado de 6 de Janeiro, de 2010 <http://www.twitter.com/sigasinus>
- Pacheco, P.A., Costa, A.R., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de Vinculação, Qualidade da Relação com Figuras Significativas e da Aliança Terapêutica e Sintomatologia Psicopatológica: Estudo exploratório com Mães Adolescentes. Vol. 3, Nº 1, pp. 35-59. ISSN 1576-7329. Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud/ Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de [www.aepc.es/...](http://www.aepc.es/)
- Paul, C., Fitzjohn, J., Herbison, P., & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *The Journal of Adolescent Health*, 27, 136-147.
- Pinotti, J.A. (2007). Sexualidade e gravidez na adolescência. São Paulo: Versão F4.QXD Retirado de 17 de Dezembro, de 2010, de [www.drpinotti.com.br/...](http://www.drpinotti.com.br/)
- Poiares, C. (2001). Da justiça à psicologia: razões & trajectórias. A intervenção juspsicológica. In Sub Júdice
- Poiares, A. (2004). Lisboa, Cidade da Psicologia do Comportamento Desviante e da Exclusão Social – Programa de Intervenção Comunitária e Juspsicológica na Zona de Histórica de Lisboa
- Poiares, A. (2007). Reestruturar, repensar, reflectir: para uma nova política de dissuasão da TD. *Toxicodependências*. 13, 1, pp. 11-20
- Porter, C. P., Oakley, D., Ronis, D. L., & Neal, R. W. (1996). Pathways of influence on fifth and eight graders's reports about having had sexual intercourse. *Research in Nursing and Health*, 19, 193-204.
- Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1994). The association of consensual sexual intercourse during childhood with adolescent health risk and behavior. *Pediatrics*, 94, 907-913.
- Robinson, E. (2009). Sole-parents families – Different needs or a need for different perception? *Family Matters*, 82, 47-51. Australian Institute of Family Studies
- Rodrigues, Ana Maria Esteves - Os Jovens e a Sexualidade: Uma Visão construcionista. Porto: Universidade do Porto; Fernando Pessoa, 2009. 135 f. Dissertação de Mestrado. Retirado de 20 de Dezembro, de 2010, de [bdigital.ufp.pt/...](http://bdigital.ufp.pt/)
- Rosenthal, S. L., Ranson, K. M., Cotton, S., Biro, F. M., Mills, L., & Succop, P. A. (2001). Sexual Initiation. Predictors and Developmental Trends. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 527-532.

- Santos, A. C., Ogando, C. & Camacho, H (2001). *Adolescendo*. (1º ed.,) Lisboa: Gabinete Gráfico da Didática Editora
- Scivoletto, S., Tsuji, R. K., Abdo, C. H., Queiroz, S., Andrade, A. G., & Gattaz, W. F. (2002). Use of Psychoactive Substances and Sexual Risk Behavior in Adolescents. *Substance Use & Misuse*, 37, 381-398.
- Silva, M.A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. (1ºed.,) Lisboa: Climepsi Editores
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG]. (2003). Reunião Consenso Sobre Contraceção. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução Retirado de 17 de Dezembro de 2010, de [www.spgginecologia.pt/...](http://www.spgginecologia.pt/)
- Sprecher, S., Barbee, A., & Schwartz, P. (1995). “Was it Good For You, Too?": Gender Differences in First Sexual Intercourse Experiences. *The Journal of Sex Research*, 32, 3-15.
- Stanton, B. F., Li, X., Black, M., Ricardo, I., Galbraith, J., Kaljee, L., & Feigelman, S. (1994). Sexual practices and intentions among preadolescent and early adolescent low-income urban African Americans. *Pediatrics*, 93, 966-973.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF]. (2011). Situação Mundial da Infância 2011. ISBN: 978-92-806-4555-2 Retirado de 7 de Janeiro, de 2012, de [www.unicef.org/...](http://www.unicef.org/)
- Upchurch, D.M., Lillard, L. A., Aneshensel, C. S., & Li, N. F. (2002). Inconsistencies in Reporting the Occurrence and Timing of First Intercourse Among Adolescents. *The Journal of Sex Research*, 39, 197-206.
- Urra, J. (2007). *O Pequeno Ditador*. (15ª ed) Lisboa: Esfera dos livros
- Urra, J. (2009). *O que ocultam os filhos, O que esconde os pais* (1ª ed) Lisboa: Esfera dos livros
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. [UNESCO] (2010). *Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade, uma abordagem baseada em evidências para escolas, professores e educadores em saúde*. 1º volume Razões em favor da educação em sexualidade Retirado de 19 de Janeiro de 2011, de [unesdoc.unesco.org/...](http://unesdoc.unesco.org/)
- Zelnik, M. & Shah, F. K. (1983). First intercourse among young Americans. *Family Planning Perspectives*, 15, 64-70.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de Autorização

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2011

Maria do Livramento Moreira Semedo, aluna do Mestrado em Psicologia Forense e Exclusão Social, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, a realizar a Dissertação sob o tema “Gravidez na adolescência - Programa de intervenção nas transgressionalidades juvenis”, sob orientação da Profª Doutora Maria da Purificação Horta, vem solicitar autorização para recolha de dados.

O objectivo da investigação é aprofundar o conhecimento acerca dos comportamentos de risco e consequências da gravidez precoce, de molde a poder elaborar um programa com incidência nas valências acima indicadas, procurando-se, deste modo, o desenvolvimento de um projecto.

Desta forma, solicita a colaboração da instituição que dirige, para poder proceder à aplicação de questionários às jovens que frequentam a casa de acolhimento *Ajuda de Mãe*.

A participação neste estudo é voluntária, sendo os dados confidenciais e apenas para fins académicos.

Apresenta desde já a disponibilidade para esclarecimentos que considerem adicionais, antes e após a pesquisa.

Sem outro assunto de momento.

Com os melhores cumprimentos,

Orientadora Maria da Purificação Horta Aluna

Maria do Livramento M. Semedo

ANEXO II

Consentimento Informado

_____, declaro ter sido informado (a) pela Dra. Maria do Livramento Moreira Semedo, que a presente aplicação de questionários tem por objectivo a investigação para Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, com o tema “Gravidez na adolescência – programa de intervenção das transgressionalidades juvenis”.

Tomei conhecimento do carácter voluntário de participação no estudo e que os dados obtidos são confidenciais e exclusivamente para fins académicos, incluindo eventuais publicações, desde que seja garantida a não identificação.

Desta forma, declaro que me foi dada toda a informação sobre a metodologia e objetivos da investigação. Assumo conscientemente a responsabilidade da participação da minha educanda _____ compreendendo que posso retirar o meu consentimento e interromper a sua participação a qualquer momento.

_____, ____ de _____ de 2011

Assinatura

ANEXO III

Esta investigação tem como objectivo compreender os riscos e consequências da gravidez na adolescência, para desenvolver um programa de intervenção, trabalho que está inserido na dissertação de mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, intitulada “Gravidez na adolescência – Programa de intervenção nas transgressionalidades juvenis”.

Para este efeito, solicitamos a tua colaboração no preenchimento deste questionário. Todas as respostas são anónimas e confidenciais e os dados serão apenas utilizados para fins académicos. Se não te sentires à vontade com as questões podes abandonar o preenchimento, assim que entenderes.

Responde a todas as perguntas, pois só assim o questionário tem validade.

Obrigada pelo teu interesse e colaboração.

1. Idade _____

2. Etnia:

☐ Branca ☐ Negra ☐ Outra Qual? _____

3. Resides na casa de acolhimento *Ajuda de Mãe*?

☐ Sim ☐ Não

3.1. Se respondeste “Não” à questão anterior, com quem resides?

4. Qual a tua escolaridade?

☐ 1º Ciclo (até à quarta classe) ☐ 2º Ciclo (do 5º ao 6º ano)
☐ 2º Ciclo (7º; 8º e 9º ano) ☐ Secundário (10º; 11º e 12º)

5. Frequentas a escola?

☐ Sim ☐ Não

6. Se sim, tens tido problemas escolares?

☐ Sim ☐ Não

6.1. Se respondeste sim, os teus problemas escolares mais frequentes são:

☐ Reprovações ☐ Disciplinares (mau comportamento)
☐ Absentismo ☐ Abandono

7. Praticas desporto?

☐ Sim ☐ Não

7.1. Se sim, quantas vezes?

☐ Menos de uma vez por mês ☐ Uma vez por mês

- ☐ Uma vez de 15 em 15 dias ☐ Uma vez por semana
☐ Mais de uma vez por semana

8. Fumas?

- ☐ Sim ☐ Não

8.1. Se respondeste sim, quantos cigarros fumas por dia?

- ☐ Menos de 5 cigarros por dia
☐ Entre 5 a 9 cigarros por dia
☐ Entre 10 a 19 cigarros por dia
☐ 20 Cigarros ou mais por dia

9. Consomes bebidas alcoólicas?

- ☐ Sim ☐ Não

9.1. Se respondeste sim, com que frequência?

- ☐ Uma vez por mês ☐ Todos os dias
☐ Aos fins-de-semana

10. Qual a situação civil dos teus pais?

- ☐ Casados
☐ Em união de facto
☐ Separados
☐ Outra _____

11. Qual a situação de emprego dos teus pais?

- ☐ Ambos empregados
☐ Só a mãe empregada
☐ Só o pai empregado
☐ Ambos desempregados
☐ Outro _____

12. Com quem vivias antes de vires para casa de acolhimento?

- ☐ Com os pais
☐ Com o pai
☐ Com a mãe
☐ Com o namorado
☐ Com outro familiar Quem? _____
☐ Sozinha
☐ Outro Qual? _____

13. Na tua família, quando eras crianças falaram-te de sexualidade?

- ☐ Sim ☐ Não

13.1. Se respondeste sim, com que frequência falavam?

- ☐ Raramente ☐ Muitas vezes ☐ Quase sempre

14. Na escola tiveste algum tipo de ajuda no esclarecimento de dúvidas sobre a sexual idade?

- ☐ Sim ☐ Não

14.1. Se respondeste sim, qual? _____

15. Achas que na escola deve haver alguém sempre disponível para esclarecer sobre assuntos relacionados com a sexualidade?

- ☐ Sim ☐ Não

15.1. Se respondeste sim, quem?

- ☐ Professores
☐ Psicólogo(a) da escola
☐ Outro Quem? _____

16. Durante a puberdade e adolescência, tiveste alguém a quem confidenciar e esclarecer as tuas dúvidas relacionados ao sexo?

- ☐ Sim ☐ Não

16.1. Se respondeste sim, com quem falavas?

- ☐ Amigos
☐ Professores
☐ Médicos
☐ Amigos e Médicos
☐ Amigos e Professores
☐ Familiares
☐ Outro Quem? _____

17. Com que idade tiveste a tua primeira relação sexual?

Idade: _____

17.1. Em que situação?

- ☐ Foi planeada
☐ Aconteceu
☐ Foste forçada
☐ Estava sob o efeito de álcool
☐ Estava sob o efeito de drogas

18. No teu entender, o facto de correr riscos torna mais excitantes as relações sexuais?

- ☐ Sim ☐ Não

19. Existem algumas crenças em relação às relações sexuais. Quais as que consideras que fazem sentido?

- ☐ Se uma rapariga quer usar preservativo é porque quer ter relações sexuais com vários parceiros.
- ☐ A primeira vez que se tem relações sexuais não se pode engravidar.
- ☐ Se se tiver relações sexuais de pé não se corre o risco de engravidar.
- ☐ Se o rapaz na altura do orgasmo deixar de penetrar a rapariga (coito interrompido)

não há o risco de ela engravidar.

- ☐ Ter relações sexuais sem utilizar preservativo é uma grande prova de amor.

20. Nos últimos 12 meses tiveste relações sexuais?

- ☐ Sim ☐ Não

20.1. Se respondeste sim na questão anterior, especifica:

- ☐ Sempre com o mesmo parceiro
- ☐ Um parceiro estável e outras relações ocasionais
- ☐ Vários parceiros diferentes

20.2. Utilizaste algum método contraceptivo?

- ☐ Sim Qual? _____
- ☐ Não

20.3. Atualmente com que frequência usa métodos contraceptivos?

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre
- Qual? _____

21. Antes da gravidez com que frequência usaste métodos contraceptivos?

- ☐ Nunca
- ☐ Ocasionalmente.
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre

21.1. Se usaste, qual foi o método contraceptivo?

- ☐ Pílula
- ☐ Preservativo masculino

- ☐ Preservativo feminino
- ☐ Diafragma
- ☐ Cremes espermicidas, óvulos
- ☐ Coito interrompido
- ☐ Continência periódica (método Ogino)
- ☐ Duche vaginal
- ☐ Pílula do dia seguinte
- ☐ Outro Qual? _____

22. Das infecções a seguir indicadas, quais as que consideras sexualmente transmissível?

- ☐ Piolho púbico ou “chatos”
- ☐ Herpes genital
- ☐ Sífilis
- ☐ Gonorreia
- ☐ SIDA
- ☐ Todas

23. Já tiveste alguma infeção associada com o facto de teres relações sexuais?

- ☐ Sim ☐ Não

24. Tens filhos?

- ☐ Sim ☐ Não

24.1. Se sim, quantos? _____

25. Já fizeste algum aborto?

- ☐ Sim ☐ Não

26. Como reagiram os teus familiares à notícia da gravidez?

- ☐ Bem ☐ Mal